This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

L'UNION MÉDICALE
DU CANADA

L'UNION MÉDICALE

DU

CANADA

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

VOLUME XI

MONTREAL:

COMPAGNIE D'IMPRIMERIE CANADIENNE, 30 RUE ST-GABRIEL.

1882

464.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE ET H. E. DESROSIERS.

Vol. XI. JANVIER, 1882. No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La papille optique dans quelques affections cérébrales.

Lecture faite à la Société Médicale par le Dr A. A. FOUCHER, Prof. d'Ophthalmologie à l'Université-Laval, (Montréal.)

(*Suite*).

La névrite optique, bien qu'elle se présente dans le cours de certaines maladies autres que celles du cerveau, offre cependant des rapports très intimes avec les affections encéphaliques. La raison de ces rapports ne réside pas exclusivement dans le voisinage du nerf optique et du cerveau.

Les inflammations qui se propagent, par continuité de tissu, les névrites descendantes, sont rares. Le plus souvent, la névrite consiste en un œdème qui coincide avec un état analogue du cerveau et avec l'hydrocéphalie.

Selon quelques auteurs, cet œdème du nerf optique serait dû à un épanchement qui fuserait entre les gaine externe et interne,

dans l'espace de Schawlbe. Toute affection cérébrale capable de provoquer l'hydrocéphalie et l'œdème peut produire, par là même, un œdème de la papille. Dans la méningite tuberculeuse il n'est pas rare de rencontrer la névrite optique ; or, dans ces cas, l'épanchement ventriculaire est une complication fréquente et les lésions de la papille tiennent à l'hydrocéphalie et non pas à une altération du voisinage, à l'inflammation des méninges ou du cerveau (Parineau).

Ces assertions perdraient de leur valeur si elles n'avaient pas pour elles l'appui de l'anatomie pathologique. Heureusement, des autopsies nombreuses ont démontré que dans tous les cas où la méningite s'est compliquée de névrite optique l'hydrocéphalie existait, et le plus souvent, très abondante. Cependant l'hydrocéphalie peut exister sans produire cette névrite.

Dans ce cas, l'épanchement n'est pas en général très abondant, ou peut coïncider avec une boîte crânienne susceptible de se laisser distendre, comme chez les jeunes sujets, aussi longtemps qu'il n'y a pas consolidation des os. C'est pour cette raison que la névrite ne s'observe pas plus souvent dans l'hydrocéphalie congénitale. Pour que l'épanchement ventriculaire puisse développer la névrite, il faut qu'il trouve dans les parois du crâne une résistence suffisante pour augmenter la tension intra crânienne.

Chez les jeunes enfants, les parois du crâne sont en grande partie membraneuses et se laissent distendre par le liquide, de sorte que le cerveau n'a pas à supporter une pression bien considérable. C'est probablement à l'absence de cette compression qu'il faut attribuer le peu d'obstacle apporté au développement physique et intellectuel des enfants atteints d'hydrocéphalie lorsque l'épanchement reste stationnaire. (Parineau).

Les tumeurs cérébrales s'accompagnent souvent de névrite optique, mais ce symptôme n'est pas caractéristique de la lésion et lorsqu'il manque il peut encore exister une tumeur cérébrale. Si cette tumeur existe avec un épanchement, la névrite optique pourra alors faire son apparition.

Ainsi, pour qu'il y ait névrite optique il faut observer les symptômes suivants : épanchement, œdème cérébral, pression intra-crânienne. Pour que cette dernière se produise, il faut que les parois du crâne offrent une résistance suffisante et que l'épanchement soit suffisant.

Tel est du moins l'enseignement qui ressort de la généralité des faits observés jusqu'à ce jour et que vient confirmer l'observation suivante que je dois à l'obligeance de M. le Dr Desrosiers.

OBSERVATION II.

Abcès enkysté du cerveau. Névrite optique.

F. X. T....., age 43, d'apparence assez robuste, mais adonné à l'usage des alcooliques, est conduit à l'Hôpital Notre-Dame vers le 1er août. Il est encore sous l'influence des spiritueux. Pendant la nuit il est tombé du haut du mur de revêtement—sur la tête—Il y a lésion simple du cuir chevelu. Aucun symptôme cérébral. La blessure est pansée et le malade renvoyé chez lui. Depuis ce temps jusque vers le 6 Octobre, il se plaint presque continuellement de céphalalgie.

Peu de jours après l'accident il eut dit-on, un écoulement sérosanguinolent par l'oreille droite, lequel fut remplacé ensuite par un écoulement purulent qui existait encore au moment ou le malade entra à l'Hôpital pour la seconde fois, le 21 octobre.

Le 6 octobre la céphalalgie devint plus intense, mais les parents du malade ne remarquèrent rien de particulier encore du coté du cerveau et des autres organes. Le 20 le malade se réveille aphasique. Il a des vomissements pendant toute la journée. La céphalalgie est intense. Le 21, encore des vomissements dans la matinée. Dans le cours de l'après-midi le malade est interné, à l'Hopital, salle St-Joseph, No 5, service de M. le professeur Laramée.

Le pouls est à 72. Température 102°. Aphasie à peu près complète ; le malade ne peut montrer sa langue quel qu'effort qu'il fasse. Les quelques mots qu'il parvient à articuler lui coûtent aussi des efforts inouïs.

Pas de vomissements, pas de convulsions : le malade est calme. On prescrit des applications froides sur la tête, et, à l'intérieur, le bromure de potassium à haute dose. Le soir, la température est à 103°. Même état général. Les selles et l'urine sont passées involontairement. On continue le même traitement, et de plus un vésicatoire sur la nuque. Le soir, le pouls est à 100. Température 103°. Face vultueuse. Conjonctives injectées.

Toujours aphasique, le malade n'articule aucun son. A l'ophthalmoscope la papille apparait œdèmatiée. Les bords sont diffus, les vaisseaux nombreux et turgescents, indice d'une névrite optique.

Le 23 A. M., pouls 112. Température 102°. Respiration normale, même état général. Pas de vomissements. Dans le cours de l'après-midi la respiration s'accélère, la face devient plus vultueuse encore. Le malade est incapable de clore complètement les paupières.

A 7 hrs p. m. Pouls 144. *Température* 103°. *Respiration* 60. *On perçoit des râles humides à la partie postérieure des deux poumons. Carphologie. L'examen ophthalmoscopique révèle un œdème de la papille plus considérable encore qu'hier soir et plus prononcé à droite qu'à gauche.*

A 11½ *hrs p. m. Pouls* 160. *Température* 104°. *Respiration* 68. *Le* 24 *vers* 3 *hrs a. m. le malade éprouve des mouvements convulsifs de tous les membres. Ces mouvements se répètent encore vers* 6 *hrs et le malade meurt à* 7 *hrs.*

Autopsie le 26, 81 *heures après la mort. Les méninges sont fortement congestionnées et les sinus gorgés de sang noir. On découvre quelques adhérences partielles entre les deux feuillets de l'arachnoïde, surtout au niveau de la scissure inter-hemisphérique.*

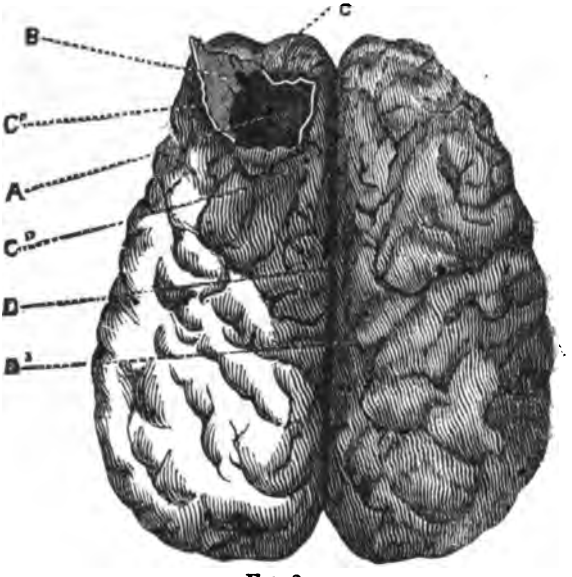

FIG. 2.

A.—Cavité de l'abcès.
B.—Paroi supérieure du kyste.
C C C.—Zône infiltrée.
D D.—Siège des adhérences membraneuses.

La partie antérieure du lobe gauche présente un ramollissement considérable et on y constate de la fluctuation. A cet endroit, sur un espace d'environ deux pouces carrés, les méninges

sont enflammées, épaissies et adhérentes les unes aux autres. En les enlevant on ouvre la cavité d'un abcès enkysté occupant le ⅔ antérieurs du lobe frontal gauche et contenant une once de pus. Il y a une infiltration considérable de sérosité dans le tissu cérébral tout autour du foyer.

Une incision pratiquée dans ce tissu infiltré laisse échapper une grande quantité de sérosité.

Cette observation, outre qu'elle offre à l'étude un fait pathologique assez rare, l'abcès enkysté du cerveau, est intéressante à d'autres points de vue, celui des localisations cérébrales et des rapports qui unissent la névrite optique aux épanchements et aux œdèmes cérébraux.

Depuis que Broca a rappelé l'attention des médecins sur les phénomènes qu'on observe du côté du language articulé quand l'hémisphère gauche et plus particulièrement le bord supérieur de la scissure de Sylvius, dans la moitié ou le tiers postérieur de la 3e circonvolution frontale est affecté, des faits pathologiques nombreux sont venus donner un grand poids aux idées émises par cet homme éminent. L'observation que je viens de relater paraît confimer plus ou moins cette manière de voir.

En effet, la lésion cérébrale occupe l'hémisphère gauche du lobe frontal (les ⅔ postérieurs), et nous avons constaté, pendant la vie, tous les signes de l'aphémie. Mais passons à ce qui a trait plus particulièrement au sujet qui nous occupe. L'anatomie pathologique démontre dans notre cas des relations évidentes entre la névrite optique et l'épanchement cérébral. Y a-t-il eu pression intra crânienne, nous l'ignorons, mais il y a eu collection purulente dans la substance cérébrale avec œdème cérébral au dessous du foyer et ceci nous paraît suffisamment concluant en faveur des idées qui ont cours dans l'état actuel de la science au sujet de l'étiologie de la névrite et de sa valeur diagnostique.

Il nous reste à examiner comment les épanchements peuvent produire la névrite.

On avait d'abord cru que la névrite dépendait d'une compression du sinus caverneux. Cette compression déterminait une gêne de la circulation dans la veine centrale de la rétine qui se déverse dans ce sinus et l'œdème papillaire résultait de cette stase veineuse. Mais il a été démontré que la veine ophthalmique communique avec la circulation faciale; d'un autre côté, on a fait observer que les parois du sinus sont ostéo-fibreuses et offrent ainsi une résistance considérable. Un obstacle à la circulation du sinus caverneux, quoique la veine centrale de la retine trouve une voie nouvelle dans la circulation faciale, doit expliquer ces dilatations veineuses que l'on

remarque souvent au cours de quelques affections cérébrales, sans qu'il y ait névrite.

Dans la névrite optique, si la dilatation veineuse ne résulte pas d'une compression du sinus caverneux, elle peut tenir à une compression de la veine centrale de la retine par le liquide sous arachnoïdien refoulé dans l'espace vaginal du nerf optique, compression qui aurait pour effet d'augmenter la stase papillaire.

Si la pression intra crânienne contribue à la production de la névrite ce doit être par un autre mécanisme que par la compression du sinus caverneux, puisqu'on a vu des tumeurs d'un volume considérable siégeant à ce niveau, ne produire aucun symptôme de névrite.

Schwalbe, en décrivant l'espace compris entre les deux gaines du nerf optique, et en établissant les communications de cet espace avec la cavite crânienne, a ouvert la voie à de nouvelles théories.

Il paraît aujourd'hui démontré, par de nombreux faits cliniques, que cette communication existe. On a vu des liquides, tels que de la sérosité, du pus, du sang épanché dans le crâne, fuser dans l'espace en question. M. de Wecker cite le cas d'un cavalier qui jeté violemment hors de sa monture perdit la vue à la suite du choc qu'il éprouva à la tête. L'examen de la papille révêla l'existence d'une hémorrhagie venant de la gaine et se répandant à la partie supérieure du bord papillaire à l'image renversée, le sang suivant par conséquent, la voie la plus déclive.

Dans la névrite on trouve le gonflement de la papille et la dilatation des veines de la rétine, il est important de savoir si l'œdème est dû à la stase veineuse ou si la stase veineuse est due à l'œdème.

Il est plus probable que la dernière supposition est vraie car la stase veineuse se remarque dans plusieurs affections telles que les maladies du cœur, etc., sans qu'il en résulte d'œdème. L'œdème n'étant pas dû à la stase veineuse, quelques auteurs entr'autres Manz et Giraud Teulon, ont cru que les liquides céphalo-rachidiens refoulés par la pression crânienne trouvaient une issue dans le nerf optique et se rendaient jusqu'à la papille elle-même. D'autres auteurs, parmi lesquels figurent Robin et Schwalbe, croient que l'œdème papillaire est du à une gêne de la circulation lymphatique. Selon eux, le nerf optique contiendrait des vaisseaux lymphatiques qui iraient se déverser dans les espaces lymphatiques du cerveau, les ventricules en particulier, qui formeraient de vastes réservoirs.

Le liquide céphalo-rachidien augmentant, la tension de la cavité qui le contient s'accroit et il se produit un obstacle à la circulation lymphatique de retour dans l'encéphale.

Les éléments de la lymphe sont retenus dans les tissus et produisent un œdème.

Tel serait l'œdème cérébral dans l'hydrocéphalie, tel serait l'œdème du nerf optique qui peut être considéré comme un véritable prolongement de l'encéphale. Si le nerf optique a une circulation lymphatique commune avec le cerveau, il est naturel qu'il participe aussi à l'œdème cérébral.

Ainsi comprise, la névrite optique peut se développer dans les affections cérébrales les plus diverses, parce que toutes peuvent se compliquer d'hydrocéphalie.

L'endroit du nerf ou cet œdème est le plus favorisé est l'extrémité intra oculaire. Un peu plus loin, dans toute l'étendue de son trajet intra-orbitaire, la gaine interne envoie des prolongements dans l'intérieur du nerf qui font l'effet d'un bandage compressif et qui empêchent la stase lymphatique dans le nerf lui-même et la favorisent au contraire à son extrémité périphérique. Un bandage compressif appliqué méthodiquement empêche l'œdème de se produire, ou fait disparaître celui qui existe déjà, mais si ce bandage ne comprend pas l'extrémité périphérique, il produira un effet absolument inverse.

Ainsi en est-il du nerf optique qui par sa texture particulière favorise et augmente l'œdème papillaire (Parineau.).
Cette théorie de la névrite telle que développée par M. Parineau est susceptible de quelques objections. Elle semble avoir pour elle l'appui de l'anatomie pathologique, mais il y a des faits qui nous commandent de l'accepter avec réserve. Ainsi, par exemple, un épanchement sanguin entre les gaines ne provoque pas de névrite, mais une simple atrophie. En outre, que de fois pendant la période d'état de la névrite, l'état cérébral reste tellement satisfaisant qu'il est presqu'impossible d'admettre qu'une infiltration de sérosité ait désorganisé la pulpe encéphalique.

Que penser, par exemple, de la névrite optique que l'on remarque dans le cours de la syphilis, de l'albuminurie, du diabète, de l'intoxication saturnine. Peut-on admettre que ces différentes maladies produisent la névrite par œdème et épanchement cérébral, lorsque, la plupart du temps, on remarque si peu de troubles du côté des fonctions du cerveau.

Pourtant, la névrite optique révèle l'existence d'une accumulation de liquide entre les deux gaines, et le microscope a démontré que ce liquide ne se formait pas sur place comme conséquence d'une inflammation des gaines. On est dès lors conduit

à admettre qu'il vient de l'interieur du crâne et n'est autre chose que le liquide arachnoïdien qui a fusé dans l'espace vaginal.

Brown-Séquard, Jackson et Benedict admettent que l'inflammation des papilles est due à des troubles vasomoteurs, dépendant eux-mêmes de l'irritation de certaines parties du cerveau. Cette opinion est soutenue avec talent par M. le Dr Abadie, on réplique qu'elle ne peut être ni rejetée ni acceptée parce qu'elle est rationnelle, mais qu'elle demande confirmation par l'anatomie et la physiologie cérébrales. Telles sont, en résumé, les théories qui font le thème des discussions savantes pour interpréter la pathogénie de la névrite optique. Nous avons voulu ici les exposer et non les juger.

Ce qu'il nous importe de connaître, c'est que très souvent la névrite optique est symptomatique d'une affection cérébrale ou d'une maladie générale. Dans le premier cas, on trouve assez souvent des vomissements, des céphalalgies, des névralgies oculaires et périorbitaires. L'hémiplégie et les paralysies des muscles moteurs de l'œil, en particulier de la troisième paire, indiquent bien qu'il s'agit là d'une lésion cérébrale dont on peut même arriver à préciser le siège. D'après des statistiques faites sur des cas de tumeurs cérébrales, la vue est altérée à peu près dans le quart des cas environ. Galezowski, sur 50 cas de névrite optique par tumeurs cérébrales, a noté que les parties du cerveau était intéressées dans l'ordre suivant, par la fréquence et le siége d'élection ; d'abord, le cervelet et ses pédoncules, puis, les hémisphères antérieurs du cerveau, le lobe postérieur, les couches optiques, le chiasma et le bulbe.

Les autres maladies susceptibles de produire la névrite sont l'albuminurie, la glycosurie, l'intoxication saturnine, alcoolique, l'empoisonnement par l'oxide de carbone, la syphilis, les lésions cardiaques et les traumatismes du crâne et de l'orbite. Mais de toutes ces causes les maladies générales diathésiques sont les plus rares et bien souvent la névrite dans ces cas, n'affecte pas une forme analogue à celle qui résulte des affections cérébrales. Ainsi, dans la retinite de Bright, la papille n'atteint pas un degré aussi élevé que dans la neuro rétinite. Si dans la névrite albuminurique la région péripapillaire proémine sensiblement dans l'œil, la saillie qu'elle fait ne tranche pas avec la périphérie qui est saine d'une façon aussi abrupte que dans la neuro rétinite des tumeurs cérébrales. De plus, dans la maladie de Bright, on trouve souvent parsemées dans la rétine, et surtout à la région de la macula, des plaques blanches brillantes qu'on ne trouve pas dans la névrite de cause cérébrale.

Si la découverte de l'albumine dans l'urine peut nous fournir des renseignements précieux, il faut se rappeler qu'une tumeur cérébrale peut aussi se compliquer de maladie de Bright.

Quant à ce qui regarde les lésions du nerf optique dans les maladies de l'encéphale, nous terminons ce que nous avions à dire à ce sujet par des conclusions.

Ces conclusions sont tirées d'un mémoire important et très élaboré dû à M. Parineau et publié dernièrement dans les annales d'oculistique. Nous y joindrons les conclusions d'un autre mémoire de M. Panas.

Nous les reproduisons textuellement :

" Les différentes affections intra-craniennes ne produisent la névrite œdémateuse (stauungs papille) qu'autant qu'elles se compliquent d'hydrocéphalie."

" Dans la méningite aigue en particulier, on ne peut établir aucun rapport entre l'intensité de l'inflammation et le siège des exsudats, les lésions encéphaliques et l'altération de la papille, qui par contre s'accompagnent constamment d'épanchement ventriculaire."

" Dans les tumeurs cérébrales le siége et le volume des productions morbides n'ont qu'une importance secondaire. La névrite optique peut manquer avec des tumeurs volumineuses et s'observer avec des néoplasies très petites si elles se compliquent d'hydrocéphalie."

Pour produire la névrite optique, l'hydrocéphalie doit elle-même être assez abondante et trouver dans les parois du crâne une résistance suffisante pour modifier la tension intra crânienne."

" Les différentes théories par lesquelles on a expliqué le retentissement de la pression crânienne sur la papille sont insuffisantes. Celle qui rapporte l'altération du nerf optique à la stase veineuse est à la fois contraire à l'observation clinique et aux résultats fournis par l'expérimentation. Il n'y a pas de relation immédiate bien évidente entre la pression intra crânienne et la circulation du fond de l'œil.

" La théorie de la névrite par migration, dans laquelle on admet le refoulement du liquide céphalo rachidien, ou des exsudats inflammatoires du crâne jusque dans la lame criblée et la papille, par l'espace sous vaginal ou le nerf lui-même, bien que plus conforme à l'observation, soulève encore des objections."

" On a attribué au liquide épanché dans l'espace sous vaginal une importance exagérée. La névrite optique se produirait tout aussi bien si cet espace n'existait pas. La pression intra crânienne paraît à elle seule être insuffisante pour retentir sur la papille.

"L'hydrocéphalie ne produit la névrite optique que par l'œdème cérébral qu'elle provoque. L'œdème du nerf est de même nature que celui du cerveau; il est la conséquence de la stase lymphatique causée par l'épanchement ventriculaire. Le réseau lymphatique du nerf optique est une dépendance de celui de l'encéphale; il est naturel que le nerf ressente les effets de l'hydrocéphalie au même titre que l'encéphale lui-même."

"La névrite étranglée qui serait mieux désignée sous le nom de névrite œdémateuse ou simplement d'œdème du nerf optique ne peut fournir aucune indication *précise*, *sur le siége* ni sur *la nature* des affections intra crâniennes qui le produisent. Elle n'a qu'une signification, *l'existence de l'hydrocéphalie et de l'œdème cérébral.*"

Il y a quelque temps, M. le prof. Panas a présenté à l'Académie de Médecine un mémoire sur la névrite optique d'origine traumatique. Ses observations ont porté sur des cas de fractures du crâne, commotion et contusion cérébrale, blessures de cet organe par armes à feu. Ce travail était fondé sur des observations cliniques et des autopsies. Les conclusions de cet important mémoire s'accordent avec celles de Parineau, en démontrant que la névrite par traumatisme de même que la névrite accompagnant une tumeur ou une méningo-encéphalite peut reconnaître comme cause immédiate un épanchement dans la cavite crânienne.

Voici les principaux faits établis dans ce travail:

"1o. Malgré la présence d'une stase papillaire symptômatique "d'une lésion traumatique du cerveau, l'acuité visuelle peut "rester intacte, d'où la nécessité d'examiner indistinctement "à l'ophthalmoscope tout individu blessé à la tête, qu'il se "plaigne ou non de trouble de la vue.

"2o. Cette stase ne peut, par elle-même, nous faire connaître "rien de précis sur la nature, ni la gravité de la lésion encé-"phalique. Son absence n'indique pas non plus que les lésions "des centres offriront moins de gravité.

"3o. La seule conclusion à tirer de la présence de ce signe, "c'est que du liquide s'est anormalement épanché dans les mé-"ninges ou ce qui revient au même que la pression intra-crâ-"nienne est accrue. Dans les deux cas la gaîne du nerf peut "être envahie par l'épanchement.

"4o. Si l'on se demande pourquoi dans certains cas l'acuite "visuelle ne souffre que peu ou point de cette stase, on peut "répondre qu'une certaine compression du nerf peut être suffi-"sante pour gêner la circulation en retour du nerf sans l'être "assez pour en détruire la conductibilité."

Comme on le voit, Panas n'interprête pas de la même manière que Parineau la production de l'œdème papillaire.

Pour le premier, l'épanchement intra-crânien fuse entre les gaînes du nerf optique et va stagner à l'extrémité intra oculaire de ce nerf.

Pour le second, le nerf optique est le siége d'un œdème de même nature que celui qui envahit conjointement le cerveau.

Il n'y a divergence d'opinion que sur un point secondaire, le fait principal est admis par les deux : pour qu'une lésion cérébrale produise la névrite optique il faut que cette lésion se complique d'hydrocéphalie et que les parois du crâne offrent une résistance suffisante.

Expertise médico-légale dans le procès Hayvern.

Dans le numéro de novembre du *Canada Medical Record* le Dr Howard analyse et commente les témoignages des médecins entendus dans l'affaire Reg. vs Hayvern. Je n'ai pas l'intention d'entrer en discussion avec le Dr Howard, mais je veux expliquer le témoignage que j'ai rendu dans cette cause.

Il est admis que tout homme qui commet un acte criminel est présumé sain d'esprit jusqu'à ce que l'on prouve le contraire. Dans le cas d'Hayvern le Dr Howard avait été appelé par la défense à faire cette preuve de folie. Connaissant la vieille expérience du médecin visiteur de l'asile de la Longue-Pointe, j'étais en droit de m'attendre à une preuve sérieuse et inattaquable. Aussi quelle n'a pas été ma surprise d'entendre l'exposé de son diagnostic et ses théories sur l'impulsion dont le malheureux Hayvern aurait été victime. J'avoue n'avoir jamais vu établir un diagnostic de folie avec aussi peu de précision.

Les trois principaux symptômes que le Dr Howard a trouvés chez le prisonnier sont l'insomnie, la paralysie partielle des nerfs sensitifs et l'abaissement de la température. Les deux premiers symptômes peuvent être importants suivant les circonstances, mais ne sont certainement pas des *signes infaillibles* de folie comme l'a prétendu le Dr Howard. Il faudrait n'avoir pas vu d'autres malades que des fous pour soutenir sérieusement pareille opinion.

Quand à l'abaissement de la température, il se rencontre fréquemment dans l'aliénation mentale, il est vrai, mais avant

d'admettre une température de 92·05 chez un homme qui va et vient tranquillement dans sa cellule, il me faudrait une observation plus rigoureuse que celle faite par le Dr Howard. Comment après avoir trouvé une température aussi extraordinairement anormale, le Dr s'est-il contenté d'une seule application du thermomètre dans l'aisselle sans songer à recommencer l'expérience en changeant de thermomètre et en l'applicant dans une cavité close. Une dépression quelconque de la température ne serait pas par elle-même une preuve de folie, mais dans tous les cas il faudrait commencer par mettre cette dépression hors de doute.

La conclusion du témoignage du Dr Howard c'est que le prisonnier avait agi pendant un accès de manie épileptique et que par conséquent il n'était pas responsable de son acte. Si l'on admet cette hypothèse ça ne pouvait être qu'un accès de vertige épileptique ou d'épilepsie larvée. Or le vague et l'obtusion des idées, la confusion extrême des souvenirs sont les caractères essentiels de ces attaques. On ne trouve rien d'analogue chez Hayvern. Les témoignages établissent hors de tout doute qu'il a prémédité son crime. Il choisit l'heure et la victime, donne après avoir frappé Salter le motif de son acte: "Tu ne m'appelleras plus C... S..." Le soir dans sa cellule il se rappelle très bien ce qu'il a fait et dit à son gardien qu'il avait voulu se venger. Dans les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi le crime rien d'incohérent qui permette de soupçonner la folie. Enfin pour invoquer la folie comme moyen de défense encore faut-il qu'il y ait une raison plausible et malgré la meilleure volonté du monde je n'en vois aucune dans le cas qui nous occupe.

Je n'ai jamais dit comme le prétend le Dr Howard que le fait de distinguer le bien du mal était une preuve d'esprit sain; mais il est certain que si l'accusé avait agi sous l'influence d'un accès de manie épileptique il n'aurait pu faire cette distinction du bien et du mal. Quant à ce que m'impute le Dr Howard j'ai seulement dit, en réponse à une question directe qui m'était posée par l'avocat de la Couronne, qu'au moment de la perpétration de l'acte le prisonnier pouvait distinguer le bien du mal, ce qu'il n'aurait pu faire s'il eut été en proie à une attaque épileptique. J'aurais pu ajouter, pour compléter ma pensée, qu'il jouissait de son libre arbitre et qu'il pouvait choisir entre le bien et le mal.

Je sais tout aussi bien que le Dr Howard qu'un fou peu distinguer le bien du mal et j'ai admis cela implicitement en reconnaissant la possibilité de l'impulsion irrésistible. En effet dans l'impulsion irrésistible, le patient ne perd pas toujours

le sentiment du juste et de l'injuste, du bien et du mal, cependant il est irresponsable parceque la lésion intellectuelle dont il souffre le prive de son libre arbitre et qu'il obéit fatalement à une force supérieure à sa volonté. Ce que je prétends, c'est que rien de semblable n'existait chez le prisonnier Hayvern, au moins d'après les témoignages qui ont été produits devant la cour.

En résumé je conclus que la défense, voulant plaider folie, devait en faire la preuve par son expert. Or le Dr Howard a complètement failli à la tâche. On n'a pas même établi que le prisonnier ait été épileptique et d'ailleurs le seul fait d'être épileptique n'exclut pas la responsabilité. D'un autre côté si l'on accepte les témoignages donnés devant la cour on trouve dans la perpétration du crime une suite, une cohérence qui, de prime abord, semble incompatible avec tout soupçon de folie.

Grande est la responsabilité qui pèse sur le médecin dans une cause de vie et de mort. J'en ai senti tout le poids, mais je me suis dit : Si le médecin est tenu de rendre justice à l'accusé, il a aussi à remplir un devoir de protection et de défense envers la société ; sous peine de conduire celle-ci à un abîme il est une distinction essentielle que le médecin légiste ne doit pas perdre de vue. C'est qu'il ne faut pas confondre la corruption de la volonté, qui est le fait de la perversion, avec la perte du libre arbitre qui suppose une lésion complète ou partielle de l'intelligence. Dans le premier cas l'homme s'abandonne aux mouvements dépravés de la passion, dans le second cas, c'est un malade irresponsable qui n'a plus le moyen de résister aux entraînements qu'il subit.

A. VALLÉE, M. D. L.,
Médecin-visiteur de l'Asile d'Aliénés de Beauport.

Chimie médicale.—L'urine.

La grande préoccupation du médecin auprès de son malade est de poser un bon diagnostic—le reste, le plus souvent, va de soi. Pour cela il ne doit négliger rien de ce qui peut éclairer son jugement ; il est obligé parfois de faire appel à toutes les branches de la médecine. Or parmi les différentes sciences dont l'ensemble constitue la science médicale, il en est une qui a une impor-

tance majeure, et qui cependant—nous devons l'avouer—est généralement peu familière au médecin praticien. Je veux parler de la chimie. La chimie—personne ne l'ignore—a fait faire à la médecine, depuis les quinze dernières années, des progrès immenses. C'est à cette science que la pathologie et la thérapeutique sont redevables de leurs plus beaux succès.

La chimie médicale fournit au diagnostic un aide souvent indispensable ; les médecins ne l'ignorent pas. Mais comment recourir à cette source de lumière, lorsque les soins de notre clientèle nous donnent à peine le temps d'étudier les parties essentielles de notre belle et difficile profession ?

C'est pour combler cette lacune que je me présente aux lecteurs de l'*Union Médicale*. Je me propose de consacrer, tous les mois, quelques instants à la chimie médicale. Je laisserai de côté, et pour cause, les dissertations savantes sur ce sujet : me contentant d'exposer, le plus clairement possible, les procédés d'analyse que le médecin peut employer, tous les jours, souvent au lit même du malade.

Nous traiterons successivement de l'analyse de l'urine, des fermentations pour ce qui regarde la pathologie, des procédés à suivre pour la recherche de certains poisons, des moyens à employer pour reconnaître la fraude des substances alimentaires, etc.

Le sujet est vaste ; mais que le lecteur ne s'effraie pas, nous ne parlerons que de ce qu'il y a de plus pratique pour le médecin.

Commençons par l'étude de l'urine.

L'urine est une excrétion des reins, qui a pour objet de séparer du sang les produits de la métamorphose régressive des tissus. On y trouve de l'eau en très grande quantité, des sels minéraux, des substances organiqnes azotées provenant de l'oxidation des matières albuminoïdes de l'économie.

TABLEAU *des matières qui entrent dans la composition de l'urine normale de densité moyenne* = 1,020.

		GRAM.
EAU.		
(Par kilogr. d'urine, 956 gr.)	.....	956.00
MATIÈRES ORGANIQUES.		
Par kilogr. d'urine, 27 gr. 18.)	Urée	25.37
	Acide urique.....	0.40
	Acide hippurique.....	0.35
	Créatinine, créatine.....	1.00
	Xanthine.....	0.004
	Matières colorantes.....	traces.
	Corps divers.....	traces.

MATIÈRES MINÉRALES. (Par kilogr. d'urine, 16 gr.)		Clorure de sodium	10.6
		Sulfates alcalins	3.1
		Phosphates de chaux	0.314
		" de magnésie	0.456
		" alcalins	1.43
	Corps divers.	Acide silicique...	traces.
		Ammoniaq., fer..	
		Acide azotique...	
	Gaz	Acide carboniq...	traces.
		Oxigène, azote....	

Ces différentes matières sont en solution dans le liquide urinaire lorsqu'il y a harmonie entre l'assimilation et la désassimilation. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Sous l'effet de la maladie;

1° Les caractères généraux de l'urine peuvent changer;

2° La quantité des principes normaux peut augmenter ou diminuer;

3° Certains principes anormaux peuvent apparaître, tels que sucre, albumine, sang, etc.;

4° On peut observer des sédiments et des calculs urinaires. C'est par l'analyse seule de l'urine qu'il nous est donné de nous rendre compte de ces phénomènes, et par là de porter un jugement satisfaisant sur la gravité de la maladie.

Avant d'aller plus loin, j'indiquerai les appareils et les réactifs, peu coûteux d'ailleurs, que le médecin doit avoir à sa disposition pour faire ces expériences.

1° Appareils.—Une bouteille d'une chopine; un urinomètre; un verre cylindrique; une capsule en porceleine 2½ oz.; un entonnoir en verre; Du papier à filtrer; quelques verres de montre; une douzaine de tubes à réactif.

2° Réactifs.—Une douzaine de bouteilles 4 oz. contenant:

1. Acide chlorhydrique; 2. acide nitrique; 3. acide sulfurique; 4. acide acétique; 5. hydrate de potasse; 6. Liq. d'ammoniaque; 7. carbonate de soude; 8. nitrate d'argent; 9. alcool; 10. éther; 11. chloroforme; 12. Sulfate de cuivre.

Pour l'analyse il est bon de se procurer un échantillon de toute l'urine émise dans les 24 heures. Si nous voulons nous assurer de la présence ou de l'absence d'une substance particulière telle que albumine, sucre, etc., l'urine de digestion (urina cibi) ou l'urine du matin (urina sanguinis) est suffisante. L'examen doit être fait, autant que possible, 3 ou 4 heures après l'émission de l'urine, c'est-à-dire avant qu'il survienne une fermentation. Le liquide urinaire est versé dans un verre cylindrique, afin de pouvoir apprécier le dépôt. On le filtre, si c'est nécessaire, et on le soumet à l'analyse.

TABLEAU *de l'analyse qualitative de l'urine* (Dr DEEMS).

SECTION I.—GÉNÉRALITÉS.

1. Couleur de l'urine.

1. Couleur normale... { Pâle ; incolore ou jaune paille.
Normale ; jaune d'or ou jaune d'ambre.
Très colorée ; rouge jaune ou brun noirâtre.

2. Couleur anormale. { Essentielle ; provenant de l'intérieur du corps. { Matières colorantes du sang ; Pigments biliaires ; Indican ; Uroérythrine.
Accidentelle ; provenant du dehors et passant seulement à travers l'organisme. { Diverses matières colorantes. { Santonine, sené, Rhubarbe, gambodge, aloès, goudron, acide carbolique, etc.

La couleur de l'urine peut donner une idée générale de la maladie et montre au médecin la marche à suivre pour des recherches subséquentes.

L'urine pâle se rencontre fréquemment chez des personnes bien portantes, après des libations abondantes (urina potus). "Mais son existence continue indique au médecin, avec une certitude presque absolue, que le malade qui l'a émise n'est atteint d'aucune affection fébrile aigue, et fait toujours conclure à un certain degré d'anémie (logocythémie)."—Vogel.

Une urine foncée peut se rencontrer chez une personne en santé, à la suite d'un exercice violent et d'une transpiration abondante ; elle peut exister aussi après un repas copieux (urina chyli). Mais si elle reste pendant longtemps fortement altérée, elle présente un signe plus certain que le pouls, pour nous faire juger de l'oxidation et de la désassimilation des tissus.

Une urine foncée doit nous mettre sur nos gardes et nous engager à rechercher un pigment anormal.

2. Odeur.

1. Essentielle. { Normale.—*Sui generis.*
Anormale. { Petit lait—Diabète.
Ammoniacale—Décomposition.
Hydrogène sulfuré—Décomposition.

2. Accidentelle ; provenant de substances odorantes introduites dans l'organisme.	Variant beaucoup par :	Asperges, essence de thérebentine, cubèbe, copahu, baume du Canada, etc.

L'odeur de l'urine ne peut pas nous fixer sur la nature de la maladie. Néanmoins, l'odeur ammonicale ou d'hydrogène sulfuré indique une fermentation dans l'un des réservoirs du système uropoétique, et un état plus ou moins grave de ces organes.

3. Aspect.

L'urine normale est toujours claire ; l'urine claire n'est pas nécessairement normale.

L'urine est trouble à l'émission ; *pus*, *mucus*, *épithéliums*, etc.

L'urine donne un sédiment ; voyez l'examen des sédiments.

Comme l'on voit, l'aspect seul de l'urine nous donne sur l'état de la maladie une idée générale importante.

Un examen plus attentif des sédiments pourra quelquefois donner au diagnostic une certitude absolue.

4. Réaction.

L'urine normale a une réaction acide, due probablement aux phosphates acides des alcalis.

A.	Plongez dans l'urine deux feuilles de papier de tournesol, l'une bleue et l'autre rouge, et attendez qu'elles soient complètement saturées.	Les deux sont rouges.	Acide.
		Les deux sont bleues.	Alcaline. Voyez B.
		L'une est bleue et l'autre rouge.	Neutre.
B.	Faites sécher les papiers bleus à l'air libre.	La couleur bleue persiste. — Alcalis fixes.	Potasse, Soude.
		Le papier reprend sa couleur rouge originale. — Alcali volatil.	Ammoniaque.

Le médecin doit toujours s'assurer de la réaction de l'urine avant tout essai d'analyse. Par elle-même la réaction est déjà

un signe important. Est-elle très acide, nous avons à craindre la formation des sédiments ou concrétions d'acide urique, ou au moins l'irritation des reins et de la vessie. Il est donc important de la corriger par des boissons adoucissantes, des sels de potasse, de soude, etc.

L'urine est neutre ou alcaline ; cela peut dépendre du régime suivi par le malade. Dans ce cas l'alcalinité est passagère et l'urine reprend son état normal, quelques heures après le changement de diète.

Une urine qui est constamment alcaline indique un arrêt dans la métamorphose des muscles et un affaiblissement du sytème nerveux. Rœderer prétend qu'une personne dans cet état réclame l'emploi du fer et des toniques.

Quand on constate que l'alcalinité est due à la présence de l'ammoniaque dans l'urine, on a raison de craindre une fermentation dans le système uropoétique et des dépôts de phosphate ammoniaco-magnésien dans la vessie. Quoiqu'il en soit, il est indispensable dans ce cas de soumettre l'urine à une analyse plus complète.

Dr N. Fafard.

(*A suivre*).

REVUE DES HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Déchirure du périnée. Périnéoraphie.—Cancer de la langue et du plancher de la bouche.—Rhumatisme articulaire aigu traité par la méthode de Davies.—Rupture de la sclérotique

Lumina D***, 35 ans, mariée depuis une douzaine d'années, accoucha de son premier enfant il y a dix ans ; le médecin appelé alors dût appliquer le forceps ; il n'y eut aucune déchirure du périnée. Deux ans après, autre accouchement. Cette fois le médecin était *pressé* d'en finir parait-il et se servit encore du forceps. Il se produisit une *déchirure du périnée* assez considérable pour que la malade ne put, même durant la nuit qui suivit, retenir les gaz intestinaux et les matières fécales

liquides. Cette incontinence des matières intestinales a toujours existé depuis cette époque. Depuis, aussi, la malade a eu cinq autres accouchements et quatre fausses couches, mais le tout s'est passé sans autre accident. Aucune méthode de traitement n'a été suivie jusqu'aujourd'hui.

En examinant la malade on voit que le vagin communique avec le rectum par une déchirure d'environ un pouce de longueur. Il y a incontinence complète des gaz intestinaux et des matières fécales liquides.

L'état général de la malade est passable, tempérament lymphatique.

Le 3 septembre, M. le Prof. Brosseau pratique la *périnéoraphie* suivant les procédés les plus améliorés: avivement à larges surfaces, suture métallique pour la cloison recto-vaginale, suture enchevillée pour le périnée, évitant toujours avec soin de comprendre la *muqueuse rectale* dans les sutures, etc., etc.

Le professeur fait observer que l'accoucheur pouvait très facilement prévenir une déchirure du périnée en soutenant celui-ci avec la main et en engageant la femme à modérer ses efforts. Le traitement des déchirures peut se résumer comme suit:

Les déchirures légères peuvent guérir spontanément en maintenant les jambes rapprochées.

Pour les déchirures complètes, l'intervention chirurgicale est indispensable.

Mais à quel moment convient il d'opérer ? De suite, ou après l'état puerpéral ?

Dans les déchirures incomplètes, mais étendues, il faut *de suite* rapprocher les jambes de la malade et mettre de grosses serres fines à mors plats, ou encore, faire deux ou trois points de suture. Si l'on éprouve un échec on en est quitte pour opérer plus tard.

Si la déchirure est complète, c'est-à-dire si le périnée et une partie de la cloison recto-vaginale sont rompus, il faut attendre la cessation de l'état puerpéral afin qu'il y ait chance d'union par première intention, (la malade ayant repris ses forces et les lochies étant finies).

L'opération est indispensable, tant pour soustraire la femme à une infirmité dégoûtante que pour rendre aux organes du bassin leur support naturel, le périnée.

On devra donner à la malade des aliments très nutritifs, viandes rôties, bouillons, œufs, vin, etc., etc., mais en petite quantité.

La constipation devra être maintenue durant huit à dix jours. Ensuite on facilitera les évacuations par des lavements, etc.

Dans le cas présent la malade est maintenue pendant dix jours en décubitus latéral ou abdominal afin d'empêcher les mucosités de venir en contact avec la surface suturée.

Le 13 on enlève les sutures. Le succès sans être tout à fait complet est bien satisfaisant. On a réussi à former une cloison recto-vaginale complète et un périnée. Ce périnée de nouvelle formation est un peu mince, mais il suffit encore à soutenir l'utérus. Les matières fécales ne pénètrent plus dans le vagin, et la malade peut les retenir à volonté. Mais il n'en est pas de même des gaz qui s'échappent encore de temps en temps.

Trois cas de *cancer de la langue et de la bouche* ont été observés à l'hôpital dans le cours du mois dernier, tous trois chez des sujets d'âge avancé, de cinquante à soixante-et-cinq ans.

Dans deux cas on a tenté une opération : excision de la masse cancéreuse et cautérisation subséquente au thermo-cautère ou au chlorure de zinc. Chez l'un la maladie avait déjà atteint la gencive correspondante et elle recidiva. L'autre est encore sous observation. Quant au troisième cas, bien que l'affection ne date que de trois mois, elle a cependant envahi la moitié de la langue avec une partie du plancher de la bouche, après avoir débuté par une tumeur de la grosseur d'une fève sur le côté gauche de la langue. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont légèrement affectés. Le malade refuse énergiquement de se laisser enlever toute la langue—la seule opération qui eût eu quelque chance de succès,—il ne consentirait qu'à grande peine à sacrifier la moitié de l'organe. Dans ces conditions, le cas est jugé *inopérable*.

M. le Dr Brosseau fait, à ce sujet, les remarques suivantes.

On tend à ne reconnaître aujourd'hui, dans la langue, que le *cancer épithélial*. Le carcinôme y est excessivement rare et les preuves que l'on donne à l'appui de cette opinion sont tirées des notions histologiques et des observations cliniques. En effet, le cancer primitif des muscles est encore à démontrer, or la langue est essentiellement musculaire.

On peut dire que le cancroïde est la variété que l'on rencontre *presque toujours* à la langue.

Les productions morbides se dirigent vers les tissus *profonds* et dans les *interstices* des fibres musculaires.

Ce fait explique comment l'ablation de l'organe est restée insuffisante et pourquoi les récidives sont si fréquentes.

L'infiltration des éléments épithéliaux dans les vaisseaux lymphatiques explique leur transport jusque dans les ganglions.

Comme *causes locales* on a fait jouer un grand rôle à l'usage

du tabac, de la pipe, aux vieux chicots, aux pointes de dents. Mais il faut admettre en outre une véritable *prédisposition individuelle.*

L'épithéliôme de la langue débute, tantôt par une petite crevasse, une verrue, une plaque saillante et fendillée, tantôt par une petite tumeur de volume variable, dans la partie profonde de la muqueuse, occupant un des bords ou la base de l'organe.

La forme verruqueuse apparaît plutôt à la pointe ou à la partie antérieure de la langue. A mesure que la maladie se développe, la mastication, la déglutition, la phonation et la respiration sont rendues plus pénibles.

Le cancer de la langue passe par trois périodes: période d'état, période d'ulcération, puis période de généralisation et de cachexie.

Cette affection parcourt son évolution en moins de trois mois dans les formes les plus rapides; rarement elle dépasse cinq ans; sa durée moyenne est de deux ans.

Le cancer de la langue échappe aux efforts du chirurgien s'il n'est pris dès ses débuts. La récidive à la suite des opérations est *très* fréquente; ce n'est cependant pas une objection absolue à l'intervention chirurgicale, car une opération bien faite peut donner au malade des mois et même des années de calme et de repos.

Comme traitement palliatif, il faudra calmer les douleurs, prescrire des gargarismes désinfectants, arrêter les hémorrhagies, (glace, perchlorure de fer, ligature).

Le traitement *curatif* comprend la *cautérisation*, la *ligature*, l'*écrasement linéaire* et l'*excision* par l'instrument tranchant.

Le *thermo-cautère* facilite beaucoup le procédé de la cautérisation.

La ligature des artères linguales retarde souvent les progrès de la maladie et mérite d'être tentée.

L'écrasement linéaire prévient l'hémorrhagie. On peut employer plusieurs écraseurs à la fois.

L'excision par l'instrument tranchant comprend plusieurs procédés suivant que l'on pratique l'ablation partielle ou complète.

Il faut opérer les cancers de la langue *le plus tôt possible* dès le début, car plus la maladie est limitée, moins les dégâts opératoires sont considérables et plus il y a de chances de se mettre à l'abri des récidives.

Malheureusement, la plupart des cancers de la langue que nous recevons dans les hôpitaux ont été soignés pendant des mois par des moyens trop doux (cautérisation au nitrate d'ar-

gent, gargarismes, etc.), et lorsqu'ils nous arrivent, la maladie est trop avancée pour qu'il y ait chance d'opérer sans récidive.

Il va sans dire que l'on doit s'abstenir de toute opération si le cancer a envahi le voile du palais, les amygdales, le plancher de la bouche, les ganglions, etc. On ne doit opérer que lorsqu'on pense pouvoir enlever toutes les parties malades.

La *phonation* et la déglutition se font encore d'une manière étonnante après l'ablation de la langue.

Joseph D..., 19 ans, est admis le 30 novembre souffrant de *rhumatisme articulaire* aigu. La maladie s'est déclarée dans la nuit du 28 au 29. A son entrée à l'Hôpital, le malade est incapable de marcher seul. Les articulations des deux genoux et les deux coup-de-pieds sont très douloureux et tuméfiés, Pouls, 104; température, 102½. On prescrit un large vésicatoire sur chaque articulation malade et un autre sur la région précordiale. Le lendemain, les douleurs sont presque nulles dans les genoux et aux pieds. En revanche, le malade se plaint de douleurs lancinantes très aiguës à la région épigastrique, et il lui est impossible de prendre une longue inspiration. Pouls, 100; température, 102. On prescrit quelques doses de morphine pour calmer les souffrances.

Le soir, le pouls est à 112; température, 104.

Le 2 décembre, le malade a passé une bonne nuit. Les douleurs épigastriques sont moins intenses, mais la température reste à 104. L'articulation du poignet droit est envahie à son tour. On y applique un vésicatoire.

Le 3, la température tombe à 102° le matin pour remonter à 104½°, le soir. Le poignet gauche est envahi; on y met un vésicatoire. Les douleurs épigastriques ont disparu. L'auscultation ne révèle absolument rien du côté du cœur. Le 4, la température tombe à 102°, et, le 5, à 101°, matin et soir. Les douleurs articulaires ont complètement cessé, et leur disparition a suivi immédiatement l'application des vésicatoires.

Le 7, la température et le pouls sont revenus à la normale. L'appétit est bon. On prescrit 5 grs. d'iodure de potassium trois fois par jour.

Le patient, guéri, laisse l'Hôpital le 14. Aucun bruit de souffle ne s'est manifesté au cœur durant tout le cours de la maladie. Ce malade restera-t-il exempt d'affection cardiaque secondaire?

Plusieurs autres cas de rhumatisme articulaire aigu ont été ainsi traités par les vésicatoires, dans le service de M. le Dr Laramée, et, chaque fois, l'on a pu constater une diminution très considérable des douleurs articulaires dès la première

journée qui suivit l'application. Au bout de deux à trois jours, toute douleur avait disparu.

Au sujet de ce patient, M. le professeur Laramée fait les observations suivantes : Les douleurs vives dont le malade se plaignait à la région épigastrique, pendant quelques jours, étaient de nature musculaire. De fait, il y a assez souvent, dans le rhumatisme articulaire aigu, coïncidence de rhumatisme musculaire, mais cela s'observe le plus souvent dans la continuité des membres.

Dans le traitement par les vésicatoires, il est opportun que ceux-ci soient larges, surtout sur les grandes articulations et maintenus en place 8, 9, 10 heures. Il ne faut pas craindre, dans ces cas, l'absorption des cantharides, car le plus souvent les vésicatoires n'entraînent aucun désordre du côté des organes génitaux. Parfois il peut bien en résulter un peu de strangurie, mais cet accident est ordinairement passager.

Afin de favoriser l'écoulement séreux, il est à propos de remplacer les vésicatoires, quand le temps est arrivé, par des cataplasmes de graines de lin chauds. Davies insiste sur cette dernière précaution, et feu le Dr Larue, qui a tant préconisé cette méthode de traitement à Québec, ne se contentait pas de prescrire les vésicatoires sur toutes les jointures affectées, mais aussi, en vue de prévenir des complications cardiaques, il prescrivait sur la région du cœur un vésicatoire de deux pouces de largeur sur trois pouces de longueur.

Il arrive quelquefois, après la vésication, que le malade ressent de légères douleurs, dans les articulations, pendant quelques jours ; 5 à 10 grains d'iodure de potassium suffisent ordinairement pour combattre ces douleurs.

Le malade qui fait l'objet de ces observations est à l'abri de complication cardiaque, du moins pour cette première attaque de rhumatisme, vû que généralement les affections articulaires et cardiaques suivent une marche simultanée, et comme l'auscultation pratiquée régulièrement n'a rien révélé du côté du péricarde ou de l'endocarde, il y a raison de croire qu'il est exempt de ces affections. On dit que le cinquième à peu près des rhumatisants souffre de complications du péricarde ou de l'endocarde, mais il est en quelque sorte heureux que le péricarde ait sa part d'héritage, car si l'endocarde seul était intéressé, les lésions valvulaires du cœur seraient encore plus communes qu'elles ne le sont, vû le rôle si considérable que l'endocardite joue dans l'étiologie des lésions valvulaires du cœur.

Le traitement du rhumatisme par le salicylate de soude a eu une grande vogue à Berlin, en France, et il jouit encore d'une grande popularité aux Etats-Unis et en Canada.

Le Dr Laramée l'a prescrit très souvent, il y a quelques années, à la dose de 10 grains toutes les deux heures. Le remède a souvent donné les résultats les plus satisfaisants, mais aussi dans quelques cas, il a échoué complètement.

Plusieurs confrères prescrivent le salicylate de soude, et un confrère, en particulier, déclare réussir d'une manière remarquable en le donnant à la dose de 9 grains, toutes les demi-heures, et cela pendant quatre à cinq heures; cependant, si le malade vient à éprouver des vertiges ou des nausées, il suspend le remède pour le reprendre plus tard, en éloignant plus ou moins les époques des doses. Aux Etats-Unis, on prescrit généralement le salicylate de soude dans le rhumatisme à la dose de 10 grains toutes les quatre ou cinq heures.

Avant de recourir au salicylate de soude, le Dr Laramée préfère instituer le traitement par les vésicatoires, ne serait-ce que pour donner la chance aux rhumatisants de guérir sans prendre des médicaments à l'intérieur, ou encore pour éviter la surveillance que nécessite le traitement par le salicylate de soude surtout quand les doses sont rapprochées.

A. L..., 27 ans, se présente à la clinique ophthalmologique le 26 décembre. Les paupières de l'œil gauche sont œdématiées et ecchymosées; la supérieure porte à la partie interne une blessure de 6 à 8 lignes de long dans le sens des fibres de l'orbiculaire. La conjonctive bulbaire est le siége d'une ecchymose très étendue et présente une solution de continuité à sa partie supéro interne. L'iris est masqué par une hémorrhagie dans la chambre antérieure. La perception visuelle est nulle. Le malade n'accuse aucune douleur; il raconte avoir reçu un coup de poing sur l'œil quelques jours auparavant.

La solution de continuité de la conjonctive à la partie supéro-interne se prolonge à la sclérotique rupturée dans le même sens et dans la même étendue. La choroïde est enclavée entre les lèvres de la plaie. On en fait l'excision, on prescrit l'atropine en instillations dans l'œil, puis, le bandeau compressif.

M. le Prof. Foucher fait observer que les blessures de la sclérotique qui résultent de l'action de corps piquants ou tranchants ne sont pas aussi graves que celles produites par un instrument contondant. La *rupture de la sclérotique* détermine presque toujours des désordres tels qu'elle peut être considérée comme l'un des accidents les plus graves qui puissent atteindre le globe oculaire.

Les causes les plus fréquentes de ces sortes d'accidents sont les coups de poing ou de bâton, une pierre lancée sur le globe de l'œil. D'autres fois, le malade se heurte à l'angle d'un

meuble. Un patient observé il y a quelques mois à la clinique offrait une rupture de la sclérotique produite par une balle de pistolet ayant frappé l'œil par ricochet après s'être aplatie sur une pierre.

La solution de continuité a généralement son siège à la partie supéro-interne de l'œil. La raison de ce siège d'élection est la suivante : à la partie interne de l'orbite, le globe oculaire est protégé par un plan osseux situé plus en avant que lui ; à la partie externe, la paroi orbitaire va en fuyant et se trouve sur un plan postérieur à celui de l'œil. Si le choc vient du côté interne, le coup est paré ou amorti ; s'il vient au contraire du côté externe la coque oculaire sera la première atteinte. La compression de l'œil entre l'agent traumatique et la paroi orbitaire interne détermine la rupture du côté de celle-ci.

Les ruptures de la sclérotique sont graves par les complications qui les accompagnent La choroïde, le corps ciliaire, l'iris sont refoulés vers les bords de la plaie et peuvent y contracter des adhérences. La zonule de Zinn se rompt ; le cristallin se luxe ; sa nutrition est entravée et il devient opaque.

Les lésions des vaisseaux sanguins déterminent une hémorrhagie dans la cavité du globe (*hémophthalmos*), qui peut produire un décollement de la rétine, si ce décollement n'existe pas déjà. Dans la majorité des cas, les ruptures de la sclérotique sont suivies de la perte absolue de la vue et de la phthisie de l'œil.

E. H. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Litholapaxie ou lithotritie rapide avec évacuation d'après la méthode de Bigelow. par le docteur TERRILLON, professeur agrégé, chirurgien des hôpitavx.—La lithotritie, depuis Civiale, semblait être une opération parfaitement réglée et à lapuelle on ne devrait apporter que des modifications relativement insignifiantes. Cependant, depuis quelques années, elle semble subir une transformation radicale ; c'est à Bigelow, chirurgien américain, et à Thompson qu'on doit ces modifications.

Avant de décrire la nouvelle méthode qui paraît être jugée très favorablement en Amérique et en Angleterre, il est bon de faire connaître les quelques principes qui ont amené dans la pratique l'emploi de ce nouveau mode opératoire.

La méthode de Civiale, qui consistait à répéter la lithotritie en plusieurs séances courtes et peu irritantes pour la vessie, avait donné dès le début d'assez beaux résultats pour qu'on pût la considérer comme remplissant les meilleures conditions. Malheureusement, on ne s'occupait aucunement de l'évacuation des fragments qui devaient être expulsés par les seuls efforts de la vessie. Cette évacuation défectueuse et souvent pénible avait dès le début vivement préoccupé les chirurgiens, et ils avaient posé comme principe qu'il ne fallait pas faire en une seule fois un broiement trop complet d'une pierre volumineuse, de peur que la vessie ne pût se débarrasser assez facilement de ces fragment si nombreux.

On fit bien des tentatives pour chercher à évacuer artificiellement les matériaux résultant du broiement, mais les différents appareils inventés par Mercier, Claver et Voillemier étaient trop défectueux et n'avaient pas donné de résultats satisfaisants.

Un premier pas fut fait dans la voie du progrès par l'emploi des anasthésiques. Longtemps proscrite, l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther était considéré comme nuisible, parce qu'elle privait, disait-on, le chirurgien des renseignements que pouvait lui fournir le malade sur la sensibilité de la vessie. Mais bientôt on s'aperçut que l'anesthésie rendait la vessie plus tolérante, qu'elle permettait de prolonger les séances, et que, grâce à elle, on pouvait débarrasser le malade beaucoup plus rapidement de son calcul.

La réaction en faveur des anesthésiques fut telle, que plusieurs des chirurgiens qui l'avaient proscrite furent les premiers à la recommonder et à l'employer presque dans tous les cas.

Déjà nous voyons le principe de Civiale légèrement modifié et la crainte qu'on avait jusqu'alors de dépasser la tolérance de la vessie, considérablement amoindrie. Quelques essais furent même tentés de nouveau pour évacuer au moins une partie des fragments produits par le broiement. Thompson extrayait la poussière calculeuse en introduisant plusieurs lithotriteurs qu'il retirait, les mors chargés autant que possible de cette poussière. D'autres introduisaient une sonde volumineuse, et s'efforçaient de faire sortir une partie du calcul broyé.

Toutes ces tentatives étaient donc une préparation à la méthode plus rapide de Bigelow ; elles eurent surtout pour avan-

tage de démontrer que la vessie était moins irritable qu'on ne l'avait pensé sous l'influence des instruments, lorsqu'ils étaient adroitement maniés ; elles faisaient voir également que la chose la plus nuisible à la suite d'une lithotritie était la présence de fragments anguleux sur lesquels la vessie se contractait et se blessait, ainsi que le passage de ces mêmes fragments dans l'urèthre.

Bigelow semble avoir résolu le problème jusqu'alors insoluble du broiement complet en une seule soance, et de l'évacuation totale des fragments. L'opération, telle que la pratique ce chirurgien, comprend donc deux temps : l'un consiste dans le broiement le plus exact et le plus complet possible du calcul ; l'autre a pour but l'évacuation de tous les débris au moyen d'un appareil spécial. Le premier temps ne mérite aucune description particulière ; car on opère de la même façon, et au besoin avec les mêmes instruments que d'après l'ancienne méthode. L'évacution seule mérite de nous arrêter.

L'appareil instrumental se compose de cathéters spéciaux et d'un appareil aspirateur s'adaptant au pavillon du cathéter.

Les cathéters métalliques recommandés par Bigelow sont en général de gros calibre ; ils correspondent aux numéros 27, 28, 29, 30, 31 de la filière Charrière ; ils sont donc notablement plus volumineux que ceux que nous employons ordinairement en France ; mais Bigelow fait remarquer que leur volume n'est pus exagéré, puisqu,il a été démontré anatomiquement que l'urèthre de l'homme pouvait supporter sans lésions un instrument correspondant au numéro 33 de la filière Charrière. Généralement ces instruments doivent être droits ; ils sont munis à leur extrémité d'un orifice latéral assez large pour laisser passer un corps ayant le volume de leur diamètre intérieur.

L'introduction de ces instruments est delicate, souvent difficile, et demande des précautions spéciales pour ne pas blesser l'urèthre ; c'est là leur principal inconvénient. Le cathéter chemine facilement dans la portion spongieuse jusqu'au cul-de-sac du bulbe ; mais on doit cependant agir très lentement, de manière à ce que la muqueuse se déplisse, et ne puisse se rompre. Chez quelques sujets, il faut pratiquer le débridement du méat.

Arrivé au collet du bulbe, l'extrémité de l'instrument se trouve arrêtée ; et pour lui faire franchir cet obstacle, il est nécessaire de pratiquer la manœuvre suivante : l'instrument est retiré légèrement en arrière ; puis maintenu dans cette situation, pendant qu'une traction suffisante tend la verge sur l'instrument. Celui-ci étant alors abaissé entre les cuisses du

malade de manière à devenir presque parallèle au tronc, on le pousse dans la direction de la vessie en lui faisant subir quelques légers mouvements de rotation : il traverse alors rapidement la portion membraneuse et prostatique et pénètre dans la vessie.

L'hypertrophie prostatique, au lieu d'être un inconvénient, rend souvent la fin de la manœuvre plus facile. En tout cas, si l'extrémité de l'instrument était gênée par le lobe du col de la vessie, on pourrrit franchir l'obstacle en abaissant un peu le pavillon de l'instrument. Enfin, dans certains cas, on se trouvera bien de la manœuvre qui consiste à diriger le cathéter au moyen du doigt appuyé sur le périnée ou introduit dans le rectum.

L'appareil aspirateur inventé par Bigelow présente quelques inconvénients et n'est pas d'nn fonctionnement très facile ; aussi nous ne décrirons que celui qui a été recommandé par Thompson ; il ressemble beaucoup à l'appareil primitif de Clover.

Cet appareil se compose d'un ballon en caoutchouc très épais, ovoide, capable de reprendre sa forme primitive après avoir été comprimé. L'extrémité supérieure du ballon est munie d'un ajutage tubulé portant un robinet, et surmonté d'un petit entonnoir. L'extrémité inférieure est également garnie d'un ajutage métallique se terminant en bas par un réservoir en verre. Sur les côtés de l'ajutage est annexé un tube latéral auquel est adapté un robinet. Grâce à un jeu de robinets qu'il serait trop long d'expliquer ici, on peut introduire de l'eau dans l'appareil sans faire pénétrer l'air dans la vessie, ce qui constituait un inconvénient de l'appareil Bigelow et gênait l'évacuation.

Pour rendre les manœuvres plus douces, Bigelow interposait entre le pavillon du cathéter et l'instrument aspirateur un large tube de caoutchouc qui rendait les deux parties de l'instrument indépendantes, et empêchait la contusion de la vessie pendant l'évacuation des débris. Tnompson a supprimé ce tube intermédiaire, le considérant comme inutile si l'on agit avec précaution.

Le perfectionnement de la méthode consiste donc à introduire le cathéter immédiatement après le broiement complet, et à évacuer tous les fragments en manœuvrant la poire en caoutchouc autant de fois qu'il sera nécessaire.

Bigelow et Keyes font dans une même séance plusieurs broiements et plusieurs évacuations successives. On cesse l'usage de l'évacuation lorsque aucun fragment ne sort, et on réintroduit ensuite le lithotriteur pour broyer le reste du calcul.

Quant à la durée des séances, on comprend qu'en principe elle ne puisse être limitée, puisque tous les fragments doivent être broyés et évacués avant d'abandonner le malade. Cependant les plus chauds partisans de cette méthode sont d'avis de cesser au bout d'une heure environ et de ne pas prolonger au delà.

Les chirurgiens américains donnent la preférence à l'éther sur le chloroforme comme anesthésique. Pour eux, l'anesthésie sur l'éther est plus facile à surveiller et à graduer ; elle peut être prolongée plus longtemps sans inconvénient pour le patient, enfin elle ne nécessite pas un aide aussi expérimenté et aussi attentif que lorsqu'on se sert du chloroforme. Le seul défaut que présenterait l'éther serait l'agitation plus longue au début. Mais la mortalité presque nulle offrirait un grand avantage.

Les principes sur lesquels repose cette méthode et les procédés d'application sont théoriquement bien établis, et rien ne semble plus rationel que de s'efforcer de débarrasser la vessie en une seule séance des débris d'un calcul même volumineux. Il nous faut voir maintenant quels sont les résultats qu'a fournis cette opération, et pour cela, examiner les statistiques publiées par les principaux chirurgiens.

Bigelow le premier a exposé les résultats de sa méthode sur dix malades soumis à une seule séance de lithotritie, après éthérisation. La séance s'est souvent prolongée une heure ou plus, et pendant ce temps, le chirurgien a pu broyer et évacuer tous les fragments. Ces malades ont rapidement guéri. (*American Jonrnal of Med. Science*, janv. 1878, p. 117.)

Plus tard, Bigelow réunit dans un volume tous les détails de sa pratique et l'indication des perfectionnements qu'il avait introduit dans le manuel opératoire (*Litolapaxie et Lithotritie*, Berlin, 1 vol. in 8°, 1878).

A cette époque, il avait fait dix-sept opérations, à la suite desquelles il n'y eut qu'un cas de mort. Cette nouvelle méthode lui avait permis d'extraire facilement, sans broiment préalable, quatre-vingt-deux graviers sur un de ses malades, et de détruire en trois séunces seulement une pierre de 108 grammes.

Bientôt plusiuurs chirurgiens américains ou anglais employèrent cette méthode en y apportant quelques modifications, mais en s'en déclarant, pour la plupart, très satisfaits. Les deux principaux sont Thompson et Keys.—*Bulletin général de Thérapeutique.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Mixture de thymol contre la diphtérie.—M. J. H. Warren emploie la mixture suivante comme remède des plus efficaces contre la diphtérie :

℞. Glycérine..... 70.00
Thymol..... 0,3 à 0,5
Chlorate de potasse..... 10,00
Bisulfate de quinine..... 2.00 à 4,00
Cognac.....250,00

Pour les enfants de 2 à 5 ans, une cuillerée à dessert toutes les heures ou toutes les deux heures. A un âge plus avancé, cette dose peut être portée à une cuillerée à soupe. Autant que possible, on administre cette mixture sans addition d'eau ; par ce moyen on obtient une action excitante, irritante même sur les parois buccales.

Cette mixture peut aussi être employée comme agent prophylactique contre la diphtérie et contre la malaria. Par l'addition de quelques gouttes d'eau d'une teinture ferrugineuse à chaque dose, elle agit comme tonique et peut être employée avec succès dans la fièvre typhoïde avec diarrhée.

Pour les inhalations on emploie la formule suivante :

℞. Glycérine..... 35,00
Thymol..... 0,05 à 0,7
Borate de soude..... 20.00
Eau camphrée..... 70,00
Eau de goudron.....200,00

—*Le Siècle Médical.*

Comment administrer le tannin.—Le tannin administré en poudre ou en solution aqueuse produit souvent des résultats désagréables, soit qu'il manque son effet ou qu'il produise de la douleur ou autres signes d'irritation de l'estomac ou des intestins. On évitera ces accidents et on aura un mélange astringent efficace et d'un goût agréable, parfaitement acceptable aux enfants en préparant un albuminate de tannin d'après la formule suivante :

℞ Acide Tannique..... 2 parties
Eau..... } ãã 100
Solution d'un blanc d'œuf..... } parties

M. Agitez bien le mélange.—*Med. & Surg. Reporter.—Drugg. Circ. & Chem. Gazette.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1882.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE. ET E. H. DESROSIERS.

AVIS.

Les correspondants et les échanges de l'*Union Médicale* sont priés de prendre note du changement survenu dans la rédaction et d'adresser dorénavant tout ce qui s'y rapporte au DR A. LAMARCHE, Boîte 2040, Bureau de Poste, Montréal.

Ce qui concerne l'administration devra, comme par le passé, être adressé à la Compagnie d'Imprimerie Canadienne, No. 30, Rue St-Gabriël, Montréal.

Avec cette livraison commence le onzième volume de l'*Union Médicale.* Pour les journaux comme pour les hommes, les premières années sont les plus difficiles à traverser, puis chaque année qui s'écoule supprime un écueil, illumine la route et développe les forces.

Un travail persévérant, une lutte continuelle contre les embarras financiers, contre l'apathie qui caractérise notre classe, contre toutes les difficultés qui accompagnent les débuts d'un journal de médecine ont fini par convaincre nos confrères de la nature philantropique de notre œuvre et de son utilité pratique.

Si l'*Union Médicale* ne compte pas sur sa liste d'abonnés les 900 ou 1000 médecins Canadiens-Français dispersés sur le continent américain, elle peut au moins s'en orgueillir du concours de la plupart des médecins les plus en évidence et de toute la partie studieuse de la jeune génération, tant dans la Puissance qu'aux Etats-Unis. Chaque année agrandit notre cercle et nous donne à espérer que bientôt l'*Union* pourra être considérée comme l'organe de toute la profession médicale canadienne française.

C'est là son unique but et elle y touche presque. Quant au succès financier, on sait qu'il n'en peut être question qu'en autant que la subsistance et le progrès du journal en lui-même y est concerné, les dividendes n'en vaudront pas de sitôt la façon.

Si nous jetons un coup d'œil sur la carrière de l'*Union Médicale*, depuis le jour où elle fut fondée par MM. les Drs Rottot, Dagenais et L. J. P. Desrosiers, on y trouve amplement de quoi motiver l'encouragement qu'elle réclame et qu'on lui accorde si généreusement. Sans en réclamer tout le mérite, n'a-t-elle pas contribué pour une large part aux nombreuses réformes qui se sont opérées dans la décade qui vient de finir? N'eut-elle pas même ce mérite, le lecteur y trouverait encore son avantage. Dans un pays comme le nôtre où il n'existe qu'une seule bibliothèque publique (à Ottawa) bien pauvre en livres de médecine et inaccessible à la presque totalité des médecins, aucune source de renseignements, si humble qu'elle soit, n'est à dédaigner. La plupart des praticiens, peu favorisés de la fortune sont forcés de se livrer tout entiers au soin de leur clientèle pour subvenir aux besoins de la famille. Eussent-ils même le moyen de se procurer tous les livres nécessaires qu'ils ne pourraient ni se livrer à l'étude d'une spécialité, parce qne la population n'est pas assez nombreuse pour faire vivre des spécialistes, ni se renseigner efficacement, faute de temps, sur toutes les branches de la médecine. En sorte qu'une publication mensuelle, peu dispendieuse et qui contient, sous une forme pratique et concise, un peu de tout ce qui concerne nos médecins sous le double point de vue scientifique et corporatif, rencontre, croyons-nous, un besoin impérieux.

Tenant compte des faits que nous venons de mentionner, nous évitons de reproduire les longues études expérimentales et les théories spéculatives très agréables aux savants et aux chercheurs mais d'une utilité secondaire au praticien. *Primo sanare, dein philosophari.*

Avec la nouvelle année s'opère un grand changement dans le comité de rédaction : Mr le Dr E. P. Lachapelle en retire son nom et nous lègue le journal qui lui est si redevable sous tous les rapports. Mais hâtons-nous de le dire, le nom seul disparaît, ce n'est qu'à cette condition que nous avons accepté l'onéreux héritage. Si le Dr Lachapelle nous passe la rédaction, dont ses occupations ne lui permettent plus de se tenir responsable, il ne rompt pas pour cela avec "l'Union" ; nous aurons bien soin de nous aider de son expérience et de ses conseils que nous avons appris à apprécier depuis que nous sommes en rapport avec lui et que nous partageons ses tra-

vaux. Il est un des généreux médecins qui ont souscrit le fond de garantie qui assurait l'existence du journal pendant ses trois premières années ; en 1876, il en a assumé seul la responsabilité dans des conditions financières déplorables et pendant plus de cinq ans il lui à consacré une large part de son temps et toute son énergie et a su le remettre à un niveau qui lui permet d'envisager l'avenir avec confiance. On n'abandonne pas une œuvre avec laquelle on s'est ainsi identifié. Le soldat, dans la force de l'âge, qui laisse le service pour porter ailleurs son énergie, ne regardera pas la lutte d'un œil indifférent, c'est ce qui nous rassure. Nous le retrouverons au besoin dans le corps de réserve.

Le nouveau comité de rédaction s'est adjoint M. le Dr E. H. Desrosiers dont le mérite personnel et la position de médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame assurent au journal une collaboration des plus utile et un soutien savant et dévoué.

Du reste rien ne change et nous continuerons à adhérer strictement aux principes de nos prédécesseurs. " L'Union médicale" malgré les opinions personnelles de ses rédacteurs, n'est l'organe d'aucun parti ni d'aucune institution, mais tient à rester l'organe de la profession médicale du pays et à ne donner accès dans ses colonnes qu'à ce qui peut être d'un intérêt général. A ce propos, nous rappellerons à nos confrères que le journal est ouvert à toute communication ou discussion scientifique et que nous sommes très heureux quand ils veulent bien se prévaloir de notre hospitalité.

Comme on l'a vu plus haut, Mr le Dr N. Fafard a bien voulu prêter son concours à la rédaction et se charge de fournir chaque mois quelques pages sur la chimie dans ses rapports les plus usuels avec la médecine. Nous ne doutons pas que ces notions pratiques sur une des branches les plus négligée, mais non la moins utile de la médecine n'intéressent nos lecteurs.

A dater du mois prochain nous mettrons à la disposition de nos abonnés quelques pages pour les renseignements dont ils pourraient avoir besoin. Notre but en ceci est d'être utile au praticien qui, vivant à la campagne, loin des confrères et des centres d'instruction et ne possédant pas de bibliothèque, voudra se procurer par cette voie des informations sur un sujet particulier de médecine sur des livres, instruments, etc. En mettant à contribution l'expérience et les bibliothèques de nos confrères, nous espérons pouvoir rendre quelques services.

Le Dispensaire de la Pointe Saint-Charles.

Il est question de transformer en dispensaire chirurgical le "West end Free Dispensary" fondé il y a deux ans et situé rue Wellington, Pointe St-Charles. A ce dispensaire seraient transportés tous les blessés des grandes manufactures, des moulins, ateliers du Grand Tronc et autres du quartier ouest. Les malades seraient là pansés, opérés, clissés, suivant le cas, puis transportés à domicile ou à l'hôpital. Quatre chirurgiens anglais dont deux de la Pointe St-Charles, un du Griffintown et le quatrième de la rue St-Joseph formeraient le personnel de l'établissement qui serait relié à leur bureau par le téléphone. Il va sans dire qu'on demande pour la nouvelle institution une subvention du gouvernement.

Nous ne savons pas positivement si le projet est émis par une corporation ou si c'est une entreprise privée; quoiqu'il en soit, il ne parait pas convenir à tous nos confrères anglais, comme on l'a vu par les correspondances des Drs Armstrong, Jenkins et Spencer publiées coup sur coup ces jours derniers. Voici sommairement sur quelles raisons se base l'opposition:

1o Il ne serait ni charitable, ni avantageux de transporter un blessé de l'un quelconque des ateliers à ce dispensaire, puis après avoir pansé ses blessures de le transporter, souvent par le même chemin, chez lui ou à l'hôpital. Ce serait lui infliger des souffrances inutiles et s'exposer à voir les appareils se défaire en route. Si la demeure du blessé, et ce serait souvent le cas, était plus rapprochée de lieu de l'accident que le dispensaire pourquoi ne pas transporter de suite le malade chez lui et laisser à la famille le choix du chirurgien?

2o Les quatre médecins en question sont absents de leur bureau pendant cinq des dix heures de travail des ouvriers, se mettra-t-on à leur recherche par les rues de la ville ou laissera-t-on le blessé sans secours au dispensaire?

3o La plupart des ouvriers auxquels est destiné ce dispensaire reçoivent un salaire qui varie de 25 à 90 piastres par mois et n'ont pas besoin de la charité publique, et n'y ont pas droit dans le cas où ils seraient disposés à l'accepter. Bien d'autres en ont plus grand besoin.

4o Une institution de ce genre n'a pas sa raison d'être quand Montréal possède, pour les mêmes fins, trois institutions permanentes (l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu et le General Hospital) fournies de tous les appareils nécessaires et où le

malade peut rester jusqu'à sa guérison aux conditions pécuniaires de son choix.

5° A quel titre le public subventionnerait-il un dispensaire ayant pour but de concentrer, entre les mains de quatre chirurgiens, la meilleure clientèle des nombreux praticiens du quartier-ouest?

6° De quel droit ces quatre chirurgiens s'empareraient-ils des clients de leurs confrères? car la chose équivaut virtuellement à cela.

Comme on le voit, il y a là matière à discussion, et les promoteurs auront peut-être de la difficulté à s'en tirer. S'ils ont la charité pour but, il ne manque pas de meilleurs placements que celui-là ; si c'est pour faire de la pratique ou de la clientèle, l'étiquette médicale et les confrères ne sauraient qu'en souffrir, et les fonds publics ne doivent pas y contribuer.

Un moyen plus pratique et plus libéral de porter secours aux blessés ne serait-il pas de déposer dans différents endroits de la ville (dans les dispensaires, les stations de police ou ailleurs) des instruments et appareils de chirurgie d'urgence que tout médecin pourrait réquisitionner au besoin? Si nous sommes bien informés, c'est ce qui se pratique en Europe.

Hôpital Notre-Dame.—Nous regrettons que certaines personnes bien placées et qui s'occupent d'affaires publiques ignorent encore les principes qui régissent l'Hôpital Notre-Dame. A l'assemblée annuelle de l'Association des commis-voyageurs, tenue le 28 décembre, à la Salle des Artisans, MM. Dugas et Piché ayant fait motion que le montant que l'Association donne aux pauvres fut également partagé entre le *General Hospital* et l'Hôpital Notre-Dame, M. Forbes crut devoir s'y opposer sous prétexte que la première de ces deux institutions est la seule qui reçoive les malades sans distinction de nationalité ou de religion ; rien ne put le convaincre du contraire.

Il n'y a pourtant qu'à regarder la liste des bienfaiteurs de l'institution et à parcourir ses salles pour savoir à quoi s'en tenir à ce sujet.

Bien plus, cette institution est la seule, croyons-nous, qui permette à ses malades payants d'employer un médecin étranger à son bureau médical.

NOTES ET COMMENTAIRES.

Traitement des brûlures par le bicarbonate de soude.—Le traitement des brûlures au moyen du bicarbonate de soude, mis en honneur depuis quelques années continue à être en faveur. Troizki, entre autres, declare que ce médicament constitue la meilleure application possible dans les cas de brûlures de tout genre et à quelque degré que ce soit. Les bons effets produits par ce mode de traitement se résument ainsi : Soulagement marqué de la douleur ; rapidité de la guérison, très souvent, absence de cicatrices consécutives et d'altération des fonctions de la partie malade. Ce sont là des avantages qu'il importe d'apprécier, car nos méthodes actuelles de traitement des brûlures ne font guère autre chose que laisser la guérison presque entièrement aux soins de la nature.

On peut appliquer le bicarbonate de soude en poudre fine sur les surfaces brûlées, mais ce mode n'est applicable qu'aux brûlures du premier degré. Pour celles du second degré, on se sert de linges imbibés d'une solution du sel (1 partie pour 50 parties d'eau,) que l'on applique sur la surface brûlée et que l'on maintient constamment humide en y versant de temps à autre une certaine quantité de la solution, et prenant bien soin de ne pas enlever les linges. De la sorte on évite d'irriter la plaie qui est toujours si douloureuse. Quant aux brûlures du troisième degré, on les traite également au moyen de linges imbibés de la solution alcaline, mais ici il faut enlever les pièces de pansement chaque fois qu'elles ont besoin d'être humectées de nouveau, et profiter de l'occasion pour bien laver la surface en suppuration, afin que le pus ne stagne pas sous les linges. Ceux-ci doivent au reste, être remplacés par d'autres aussitôt qu'ils commencent à se dessécher.

Troizki pense que le bicarbonate de soude agit ici grâce au dégagement de son acide carbonique dont tout le monde connait les propriétés anesthésiques et désinfectantes locales.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.—Le Dr Carpani (*annali universali*, juillet 1881) divise en quatre groupes les divers modes de traitement du rhumatisme articulaire aigu : 1° par le salycicate de soude, 2° par la quinine,

3° par l'acide benzoïque, 4° par les vésicatoires. Il pose en suite les règles suivantes : 1° Le salycilate agit bien dans les cas de rhumatisme aigu polyarticulaire avec mouvement fébrile très prononcé, son emploi est contrindiqué par l'existence simultanée d'une maladie organique du cœur ou de troubles du côté, des reins, du tube digestif et du système nerveux ; 2° le sulfate de quinine doit être employé quand le rhumatisme est lié à l'intoxication paludéenne ; 3° l'acide benzoïque est efficace dans les cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué de néphrite; 4° quand le rhumatisme affecte une ou quelques articulations seulement, il cède certainement à l'application des vésicatoires. (méthode de Davies et de Dechilly.)

Ces derniers sont plus théoriques que pratiques. Si d'un côté l'expérience montre qu'il est impossible de guérir ou même d'améliorer tous les cas de rhumatisme articulaire au moyen d'un seul médicament, elle nous prouve aussi, d'un autre côté, qu'une thérapeutique basée sur la division que nous venons de voir ne saurait non plus convenir à tous les cas. Pour n'en citer qu'un exemple, nous dirons que nous avons un cas de rhumatisme polyarticulaire radicalement guéri par le traitement de Davies. Il n'est pas inutile, au reste, que de telles divisions soient faites. Elles peuvent servir de points de repère quand il s'agit d'instituer un plan général de traitement dans un cas donné. Nous rappellerons à ce sujet la division proposée par Bartholow, division basée sur la constitution générale du malade lui-même, et qui nous semble d'une utilité pratique beaucoup plus grande que celle de Carpani. Contre le rhumatisme articulaire aigu se déclarant chez un sujet fort vigoureux pléthorique, Bartholow conseille l'acide salycilique et le salycilate de soude. Si au contraire le malade est faible, anémique nerveux. B. emploie de préférence la teinture de fer muriatée, et occasionnellement, l'application de vésicatoires sur les articulations envahies. Enfin, chez les sujets gras et flasques (*flabby*) et en particulier chez les buveurs de bière, il faut songer au traitement par les alcalins.

—

Pilocarpine et diphthérie. — On est actuellement à expérimenter les effets curatifs de la pilocarpine dans le traitement de la diphthérie. Il ne semble pas que l'on soit jusqu'ici arrivé à des résultats merveilleux. Tout le monde sait que le jaborandi et son principe actif, la pilocarpine, activent en général la plupart des sécrétions, entr'autres celles de la salive et de la sueur. Or ce serait à la faveur de l'augmenta-

tion de sécrétion des glandes salivaires ainsi que des glandes muqueuses de la bouche et du pharynx, que la pilocarpine agirait favorablement dans le traitement de la diphthérie et cela en favorisant l'expulsion des fausses membranes. Suivant quelques-uns, l'abaissement de la température et la sédation générale produite par des doses un peu élevées de pilocarpine auraient également leur part d'action dans les effets obtenus. D'après les expérimentations qui ont été faites, nous voyons que dans la plupart des cas où la pilocarpine semble avoir produit d'heureux résultats, la maladie était assez bénigne et se serait probablement terminée d'une manière heureuse sous l'action de n'importe quelle autre méthode de traitement.

M. Archambault, médecin de l'Hôpital des enfants malades a communiqué dernièrement à la *Société de Thérapeutique* le résultat de ses recherches à ce sujet. Du 20 mai à la fin de juin, vingt et un malades atteints de diphthérie ont été soumis au traitement par la pilocarpine. Sur ce nombre on a eu 9 guérisons et 12 décès, " résultat absolument déplorable, dit M. " Archambault, et, je crois, plus mauvais que celui qu'on " pourrait obtenir à l'aide de l'expectation simple." Il se trouve que, d'après les observations, les 9 malades qui ont guéri sont notés comme ayant une diphthérie bénigne. Pour les douze cas qui ont été suivis de mort, continue M. Archambault, ils étaient très graves et je n'aurais pas hésité à considérer la pilocarpine comme un agent doué d'une grande efficacité si seulement la moitié des enfants avait été sauvée par ce médicament." Si peu nombreuses que soient les observations faites par M. Archambault, celui-ci les considère comme suffisantes pour lui démontrer l'inefficacité de la pilocarpine dans ces cas.

—

Propriétés antipyrétiques de l'acide carbolique.— Si on en croit les résultats obtenus par quelques expérimentateurs l'acide carbolique serait un antipyrétique de premier ordre. Administré à dose de 15 grains par jour dans des cas de fièvre typhoïde, il amène bientôt, d'après M. Raymond, (communication à la *Société de Biologie*) un abaissement assez marqué de la température, abaissement variant de 3 à 4 degrés centigrades, ainsi qu'une diaphorèse assez abondante. Des doses supérieures à 15 grains par jour auraient donné lieu à des symptômes d'empoisonnement avec réduction de la température à 34° cent. et carbolurie. A la suggession de M. Vulpian, on a, en certains cas, remplacé l'acide phénique par le carbolate de soude à dose de un gramme et demi (22 grains).

Les effets antipyrétiques ont été les mêmes sans que cependant aucun symptôme toxique se soit manifesté. D'après M. Raymond, le remède ne limite en aucune façon la durée des diverses périodes de la fièvre typhoïde. Mais quand cela serait, il n'en est pas moins vrai que ce nouveau mode de traitement de la fièvre typhoïde mérite d'être étudié.

Comment agirait ici l'acide carbolique ? Probablement en vertu de ses propriétés desinfectantes et antiseptiques, c'est-à-dire en s'opposant à l'évolution des germes-microbes particuliers à la fièvre typhoïde.

Traitement du frisson de la fièvre intermittante. —A l'Hôpital Bellevue (New-York) on prévient le frisson de la fièvre intermittente par les moyens suivants : 1o Injection hypodermique de pilocarpine $\frac{1}{6}$ gr. 2o. Inhalation de 5 à 6 gouttes de nitrite d'amyle toutes les 20 ou 30 minutes. 3o. Administration de chloroforme et d'eau de vie, $\frac{1}{2}$ oz. de chaque.

E. H. D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Banquet à l'Hôpital Notre-Dame.—Le 4 courant a eu lieu dans les deux salles respectives de l'Hôpital Notre-Dame un banquet donné par le comité des dames patronesses aux malades de cette institution. Le menu ne laissait rien à désirer, et le repas a été accompagné de la gaieté la plus franche. On remarquait parmi les convives, à part les malades, les Révs. MM. Rousselot, Lévêque et Vacher, M. E. A. Généreux, MM. les Drs E. H. Desrosiers, médecin interne, Rottot, Lachapelle, Brosseau. Ricard, Laramée, Duval, Dagenais, Filiatrault, Lamarche, Berthelot, Séverin Lachapelle, Foucher et Desroches.

Les convives furent servis par les dames patronesses elles-mêmes, mesdames J. Leclaire, A. Provost, J. R. Thibaudeau, Laramée, Généreux, Dunkin McDonald, Rottot, J. Grenier et dame veuve Laberge, et mesdemoiselles Généreux, Laframboise, Alice Lamothe, Mount, E. Raymond, De Santos, T. Raymond. St Denis, Prevost et Tavernier.

Tous les convives ont à se féliciter d'avoir pris part à ce banquet, dont l'organisation fait honneur aux dames patronesses de l'Hôpital Notre-Dame.

Banquet au Dr E. P. Lachapelle.—Mercredi, le 4 janvier, MM. les Professeurs de l'Université Laval se réunissaient au *Terrapin*, où un banquet avait été préparé en l'honneur du Dr E. P. Lachapelle, pour le remercier des services rendus à la Faculté de Médecine de Montréal.

Un marbre précieux représentant le gladiateur mourant, copie d'un chef-d'œuvre antique, fut présenté à l'hôte estimé, par ses confrères, comme gage de l'estime qu'ils lui portent bien cordialement.

Les santés suivantes furent portées, inutile de le dire, avec l'entrain que savent y mettre les membres de la profession quand l'occasion se présente: " A notre hôte," Dr J. E. Rottot. Le Dr E. P. Lachapelle répondit à cette santé en faisant un résumé historique de la fondation de la succursale de Laval à Montréal; il s'appliqua à faire ressortir surtout les raisons principales qui ont présidé à cette fondation et à démontrer que tôt ou tard la force des circonstances devra faire approuver un mouvement qu'on avait jugé à propos de combattre, Il remercia ses amis en leur disant que l'union qui avait toujours existé entre eux avait plus fait pour la cause qui leur était commune que toutes les démarches réunies.

" A l'Université Laval," S. Lachapelle.

" Au succès de l'Hôpital Notre Dame, E. H. Desrosiers, *interne*.

" Au doyen," N. Fafard.

" Au comité d'organisation," MM. Brosseau et Berthelot.

" A l'*Union Médicale*," A. Lamarche.

" A l'avenir de la profession médicale en Canada," A. A. Foucher.

Nominations.—M. le Dr L. D. Mignault, gradué de l'Université McGill, vient d'être nommé professeur agrégé d'Anatomie à l'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.

M. le Dr Azarie Brodeur vient d'être nommé interne titulaire des hôpitaux de Paris. Encore un Canadien-français qui ne semble pas être de trop sur le sol de la mère-patrie. Nos plus sincères félicitations.

MM. les Drs J. A. Roy, Fred. Demers, E. J. Bourque, F. X. Girard et L. D. Mignault viennent d'être nommés médecins de l'Hôtel-Dieu.

M. le Dr St-Jean a été élu maire d'Ottawa par acclamation.

M. Pasteur vient d'être admis membre de l'Académie française en remplacement de Littré.

Démission de M. Vulpian.—Les journaux de Paris nous apprennent que dans l'assemblée de la Faculté de Médecine du 17 novembre, M. Bouchardat a lu une lettre de M. Vulpian dans laquelle ce dernier annonce à ses collègues qu'il s'est démis de ses fonctions de doyen. La décision suivante a été immédiatement votée : " A l'unanimité, la Faculté exprime à son ancien doyen ses regrets de le voir résigner ses fonctions, et ses remerciements pour les services qu'il a rendus pendant son décanat."

Un arrêté du ministre de l'Instruction Publique et des Cultes, en date du 19 novembre, nomme M. Béclard, doyen de la Faculté de Médecine.

La démission de M. Vulpian a été provoquée par l'arrivée de M. Paul Bert au ministère de l'Instruction Publique et des Cultes.

Démissions.—Nous reproduisons de la *Minerve* du 20 décembre, la communication suivante :

Montréal, le 19 décembre 1881.

Monsieur le Rédacteur,

Je dois informer le public que j'ai résigné comme professeur agrégé à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, pour des actes d'injustice qui ont été commis. Ma résignation a été acceptée sans aucune réponse aux accusations que j'avais portées dans une lettre envoyée antérieurement au président de la dite Ecole.

N. B. DESMARTEAU, M.D.
Médecin de la prison de Montréal.

M. le Dr Gaspard Archambault, professeur agrégé et professeur libre de Dermatologie à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, médecin de l'Hotel-Dieu et du dispensaire de la Providence, a envoyé sa démission à l'Ecole le 24 décembre dernier.

Livre reçu.

The Opium Habit and *Alcoholism.*—A treatise on the habits of opium and its compounds ; Alcohol ; chloral hydrate ; chloroform ; bromide of potassium ; and cannabis indica : including their *Therapeutical Indications :* with suggestions for treating various *Painful complications.* By DR FRED. HEMAN HUBBARD. Editors : A. S. Barnes & Co., New York.

Brochures reçues.

Chronic Clubfoot successfully treated without tenotomy by continuous extension and stretching. by JAMES S. GREEN, M.D.

Observations on the origin, character and treatment of oinomania, by T. L, WRIGHT, M. D., Bellefontaine, O.

VARIÉTÉS.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

PROGRAMME DES EXAMENS PRÉLIMINAIRES.

SUJETS OBLIGATOIRES.

LATIN.—*Les Commentaires de César*, liv. III et IV.—" *Enéide* " *de Virgile*, liv. I et II.

ANGLAIS.—Le " *Vicaire de Wakefield* " de *Goldsmith*.—" *Jules César* " de *Shakespeare*.

FRANÇAIS.—Les " *Aventures de Télémaque* " de *Fénélon* ; " *Athalie* " de *Racine* et " *Les Femmes savantes* " de *Molière*.

BELLES-LETTRES.—La connaissance de la littérature des siècles de *Périclès* en *Grèce*, d'*Auguste* à *Rome*, d'*Elizabeth* en *Angleterre* et de *Louis XIV* en *France*.

HISTOIRE ET GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur ces deux sujets, avec connaissance spéciale de l'*histoire* et de la *géographie* de l'*Angleterre*, de la *France* et de la *Puissance du Canada*.

ARITHMÉTIQUE.—L'arithmétique doit comprendre les *Fractions simples et décimales*, les *Proportions simples et composées*, l'*Intérêt simple et composé* et le *Percentage*.

ALGÈBRE.—L'algèbre doit comprendre les *Fractions* et les *Equations simultanées du premier dégré*.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres de la géométrie d'*Euclide* ou la partie de la géométrie plane correspondant à ces trois livres.

SUJETS AU CHOIX DU CANDIDAT.

GREC.—*Anabase* de *Xénophon*, liv. I.—*Iliade* d'*Homère*, liv. I.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans la physique de Loomis ou de Ganot.

PHILOSOPHIE.—Notions générales, telles que dans *Tongiorgi* ou le traité de morale de *Stewart*.

N. B.—Le candidat doit avoir une bonne connaissance de la grammaire de chacune des langues ci-dessus. L'ignorance du latin, de l'arithmétique ou de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié du " *Vicaire de Wakefield*" et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique d'*Athalie* et des *Femmes savantes*. De même, les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire Molière et Racine, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié de Télémaque et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique du drame de *Jules César*. Les pièces dramatiques anglaises ou françaises pourront être changées chaque année, à l'exception toutefois de *Télémaque* et du *Vicaire de Wakefield*. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout candidat surpris à copier ou se servant de notes, livres, etc., sera immédiatement renvoyé.

TEMPS ET POINTS ACCORDÉS A L'EXAMEN.

Latin.....	2 hrs.,	300 points.		Arithmétique.	1½ hrs.,	150 points.	
Anglais.....	1½ "	150 "		Algèbre	1½ "	150 "	
Français.....	1½ "	150 "		Géomérie.....	1½ "	150 "	
Belles-lettreg.	1 "	100 "		Grec.....	1½ "	150 "	
Histoire et				Physique.....	1½ "	150 "	
Géographie.	2 "	200 "		Philosophie...	1½ "	150 "	

W. ASPINWALL HOWE,
H. A. VERREAULT,
M. MILLER,
J. CL. K. LAFLAMME.

Université-Laval, Montréal — Faculté de médecine.—Les jurys d'examen pour les épreuves trimestrielles de l'année scolaire 1881-82 sont composés comme suit:

Pathologie interne, Pathologie externe et Tocologie.—MM. les Drs ROTTOT, BROSSEAU, DAGENAIS et LARAMÉE.

Matière médicale et Thérapeutique, Ophthalmologie, Médecine légale et Toxicologie.—MM. les Drs RICARD, FOUCHER C. M. FILIATRAULT et H. E. DESROSIERS.

Pathologie générale, Physiologie, Histologie et Hygiène.—MM. les Drs E. P. LACHAPELLE, BRODEUR et S. LACHAPELLE.

Anatomie, Chimie et Botanique.—MM. les Drs LAMARCHE, DUVAL, N. FAFARD et BERTHELOT.

Durant le second terme qui commence le 9 janvier 1882 pour se terminer à Pâques, les cours de la Faculté de Médecine seront donnés dans l'ordre suivant:

Physiologie.—Prof. S. DUVAL, (suppléant du Prof. E. P. LACHAPELLE) : 8 hrs A.M. tous les jours.

Ce cours se donne en entier durant le terme.

Chimie organique.—Prof. N. FAFARD : 9 hrs A.M. tous les jours.—Généralités : Cellulose et ses dérivés ; Matières amylacées ; Sucres ; Fermentation ; Alcools et leurs dérivés ; Acides organiques ; Alcaloïdes ; Essences ; Résines ; Corps gras ; Teintures ; Chimie animale ; Analyse des urines.

Anatomie descriptive.—Prof. A. LAMARCHE : 10 hrs A.M. tous les jours :—Splanchnologie ; Angéiologie ; Neurologie ; Organe des sens.

Anatomie pratique.—Prof. J. E. BERTHELOT : 2 à 4 hrs P.M. jusqu'au 5 mars :—Démonstrations quotidiennes d'anatomie ; Dissection ; Enseignement pratique de la Splanchnologie, de l'Angéiologie et de la Neurologie.

Médecine opératoire pratique.—Prof. A. T. BROSSEAU : 2 à 4 hrs P.M. tous les jours depuis le 5 mars :—Procédés opératoires de petite chirurgie ; Ligatures ; Amputations ; Résections ; Ovariotomie.

Pathologie interne et Thérapeutique spéciale.—Prof. J. P. ROTTOT : 3 hrs P.M. tous les jours : — Maladies des organes digestifs ; Maladies du système nerveux ; Fièvres.

Matière médicale et Thérapeutique générale.—Prof. H. E. DESROSIERS:, (suppléant du Prof. RICARD) : 4 hrs P.M. tous les jours :—Toniques névrosthéniques ; Stimulants ; Excitants spéciaux ; Altérants.

Tocologie.—Prof. A. DAGENAIS : 5 hrs P.M. tous les jours :—Grossesse ; Maladies de la grossesse ; Avortement ; Accouchement ; Mécanisme de l'accouchement ; Dystocie ; Eclampsie ; Fièvre puerpérale

Pathologie externe et Médecine opératoire théorique. — Prof. A. T. BROSSEAU. 6 hrs P.M., tous les jours.—Fractures, luxations, tumeurs, hernies.

HÔPITAL NOTRE-DAME, 31 Rue Notre-Dame.

Médecin.—M. LARAMÉE.—Service à 11 hrs A.M.—Visite au lit des malades le lundi ; Conférences cliniques le mercredi et le vendredi.

Chirurgien.—M. BROSSEAU.—Service à 11 hrs A.M.—Conférences cliniques le mardi et le jeudi ; Visite au lit des malades le samedi.

Oculiste. — M. FOUCHER. — Service à midi tous les jours : visite des malades ; le vendredi, examens à l'opthalmoscope ; le samedi, conférences cliniques.

Le professeur Bouillaud de Paris, vient de mourir à l'âge de 86 ans.

" ..... M. Bouillaud, dit le Dr Brochin, plein de verdeur encore, malgré son âge avancé,—il était dans sa quatre-vingt-sixième année,— était déjà devenu pour nous, depuis longtemps, un ancien. Bien qu'il se soit posé souvent en victime et en incompris, il n'en a pas moins eu le temps de jouir en réalité de sa gloire. Il a été, en effet, et il restera une des gloires médicales de notre époque. Ainsi que M. Béclard le disait naguère d'Andral, son ancien émule, il était de ceux qui avaient préparé le temps présent; il appartenait à cette génération du commencement du siècle qui n'avait cessé de lutter pour le triomphe de ses idées et dont les efforts féconds, comme les fautes mêmes, font aujourd'hui une bonne part de notre expérience.

" A l'époque où je fus nommé à une chaire d'enseignement clinique (1831), dit-il dans la préface de son *Traité de nosogaphie médicale*, les principes fondamentaux de la grande réforme que Broussais avait fait subir à la doctrine le plus généralement adoptée avant lui, avaient fini par remporter une victoire décisive. Mais qu'il restait à faire encore pour appliquer ces principes à toutes les maladies déjà connues! Que de maladies dont les éléments divers n'avaient pas encore été suffisamment analysés et précisés, sans compter celles qui n'avaient pas encore été découvertes! Le principe même de la localisation, pour une foule de maladies, était en défaut comme non avenu.

" C'est son honneur d'avoir cherché à remplir ce programme et d'être parvenu à en réaliser une partie. Tel a été, en effet, le but et telle a été la portée réelle de ses belles recherches cliniques qui l'ont conduit à la découverte de l'endocardite rhumatismale et de la loi de coïncidence à laquelle son nom reste attaché; les notions nouvellles qu'il a introduites dans la science sur l'artérite, sur la phlébite et l'influence de l'oblitération des veines sur la formation des hydropisies partielles, sur les localisations cérébrales à la détermination desquelles il a fait concourir les expérimentations physiologiques avec les observations cliniques, en praticulier sur les fonctions du cervelet considéré comme organe de coordination des mouvements, sur la localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau, plus exactement et plus complètement précisée depuis; ses recherches sur les altérations du sang dans les fièvres, dans la chlorose et dans les anémies. Signalons encore les découvertes qu'on lui doit dans le diagnostic des maladies du cœur et des gros vaisseaux, grâce à ses persévérantes recherches d'auscultation, et la part qui lui revient à côté de

celle que l'histoire a faite déjà à cette brillante pléiade de ses contemporains, Petit et Serres, Louis, Chomel, Bretonneau, Forget, etc., dans l'un des plus grands et des plus incontestables progrès de la médecine moderne, la réduction des anciennes espèces fébriles continues en un type unique, l'affection typhoïde.

" La plupart de ces recherches et de ces découvertes, toutes si connues aujourd'hui, ont été consignées dans un grand nombre de mémoires insérés aux recueils de l'époque, d'articles de dictionnaires et d'ouvrages importants, devenus classique pour la plupart et que nous aurions à peine besoin de rappeler ici ; le traité clinique et physiologique de l'encéphalite, le traité clinique et expérimental des fièvres prétendues essentielles, publiés en 1825 et 1826 ; le traité clinique des maladies du cœur, 1835 et 1841 ; l'essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale, 1837 ; la clinique médicale de la Charité, 1837 ; le traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie, 1840 ; le traité de nosographie médicale, 1846 ; le traité de la chlorose et de l'anémie, 1859, etc.

" Mais ce n'est pas dans ses œuvres écrites seulement qu'il faut chercher les titres de Bouillaud et les éléments d'appréciation de l'influence qu'il a exercée sur son époque. C'est dans son enseignement, c'est dans les nombreuses polémiques qu'il a soutenues et souvent engagées lui-même dans la presse, c'est dans les discussions académiques auxquelles il a si souvent prêté sa parole brillante, qu'il faudrait le suivre et l'étudier pour donner, de sa valeur et du rôle important qu'il a eu dans les choses médicales de notre temps, une suffisante idée, et de sa personne une esquisse physionomique quelque peu ressemblante. Mais c'est là une tâche que le temps ne permet pas d'accomplir. Nous ne pouvons qu'à peine indiquer ça et là quelques traits.

" Dans l'enseignement, qu'il a commencé jeune et qu'il a continué avec éclat pendant de longues années, tout en pouvant se réserver un repos si légitimement acquis dans une vieillesse honorée, M. Bouillaud a apporté,—et c'est un des grands mérites qu'il lui faut reconnaître,—les habitudes de précision, de rigueur dans l'observation et dans l'application des procédés d'exploration, qui ont jusqu'à un certain point justifié l'épithète un peu prétentieuse d'école exacte dont il s'était constitué le chef. Il a formé à ses habitudes toute une génération d'élèves dont quelques-uns sont devenus depuis des maîtres éminents à leur tour. Il y a répandu avec une sorte

de prodigalité les enseignements qui ressortaient de ses propres découvertes et des travaux de ses deux maîtres favoris. Bichat et Broussais ; mais il les mêlait trop souvent à ces discussions passionnées, à cette polémique ardente contre de prétendus adversaires dont l'opposition ou les simples résistances l'irritaient au plus haut degré. De là, sans doute, ces surexcitations de l'orgueil qui lui faisaient repousser avec une sorte d'indignation le rôle de sectaire de la doctrine physiologique qu'on lui attribuait généralement, pour se proclamer lui-même chef d'école : " Je ne suis de l'école de personne," dit-il un jour fièrementà la tribune de l'Académie ; "je suis de mon école,"

" Puisque nous sommes naturellement amené par ce souvenir à l'Académie de médecine, passons rapidement sur la fin de son enseignement de la Charité, où le peu de succès d'imitation qu'avaient eu ses méthodes thérapeutiques, en particulier sa méthode des saignées coup sur coup, malgré ses prétentions hautement exprimées de savoir seul traiter les fièvres, où le vide qui commençait à se faire dans son amphithéâtre avaient jeté une teinte sombre et un air de mélancolie sur ses dernières leçons, qui semblaient empreintes de l'idée dominante d'ingratitude et de persécution, et rappelons en quelques mots quelle a été sa participation aux travaux de cette compagnie savante.

" L'Académie a été la première confidente naturelle de la plupart des travaux que nous avons rappelés plus haut. Mais dans ces dernières années, où il n'avait plus de découvertes ni d'observations nouvelles à exposer devant elle, c'est par la part qu'il a prise aux grandes discussions sur les questions de doctrine, de pathologie générale, d'étiologie, etc., qu'il a continué à donner son apport à la science et à payer largement sa dette de reconnaissance comme académicien et ancien président. Personne n'a oublié ses discours toujours brillants, sinon toujours justes, et toujours pleins de souvenirs et d'érudition, sur l'organicisme et le vitalisme, sur la nomenclature médicale, sur la physiologie du cœur, sur l'apoplexie et la congestion cérébrale, et les derniers débats à l'occasion des récents travaux de M. Pasteur. Disons qu'en général, dans ses discours académiques et surtout dans ses dernières discussions, M. Bouillaud avait considérablement modifié sa manière et son ton. En présence des égaux devant qui il parlait, bien qu'il fût un des premiers parmi eux, ce n'était plus ce ton arrogant du professeur des premières années, ni les accents aigris et plaintifs des derniers échos de sa chaire. A l'Académie, sa discussion était digne, courtoise, véritablement académique, souvent même bienveillante et de bon goût ; et, s'il restait encore

rigide sur les principes et quelque peu intolérant à l'endroit des opinions qui n'étaient pas les siennes, il savait respecter les personnes et adoucir la forme de ses objections. "Je le crois," dit-il un jour à un de ses collègues, qui venait de rapporter un fait de magnétisme, qu'il mettait au même rang que la quadrature du cercle et le mouvement perpétuel, "je le crois parce que vous me le dites ; mais, si je l'avais vu, je ne le croirais pas."

"Du reste, cette aménité que montrait M. Bouillaud dans ses rapports publics avec ses collègues était devenue avec les progrès de l'âge le fond de son caractère, et on la retrouvait dans les rapports privés. Celui qui écrit ces lignes, et qui plus d'une fois a usé à son égard de ses droits de critique, en a souvent recueilli des gages touchants. L'incompris et le persécuté d'autrefois, s'il lui restait peut-être le souvenir de quelques illusions perdues, a dû revenir sur ses anciennes impressions et reconnaître que tout sentiment de justice n'était pas éteint chez ses contemporains, quand il s'est vu de plus en plus entouré du respect de tous, à l'Académie, à la Faculté, parmi tous ses confrères de la ville et de la province, par toutes les générations successives des étudiants, et, enfin, lorsque, il y a quelques années, il lui fut décerné spontanément et avec une unanimité peut-être sans précédent dans l'histoire de la médecine, la présidence d'honneur du Congrès international où s'étaient réunies toutes les célébrités médicales du monde entier. Sa famille a pu recueillir avant-hier le témoignage vivant de cette admiration respectueuse que l'avenir ratifiera, pour l'homme illustre qu'elle vient de perdre, en voyant l'affluence qui se pressait autour de son cercueil....."

NAISSANCE.

—Au Saint-Esprit, le 14 courant, la dame de V. J. Elzéar Brouillet, Ecr, M.D.V., d'une fille.

MARIAGE.

A St. Sébastien, Iberville, le 21 novembre, par le Révd Messire Jeannotte, Supérieur du Collège de Ste Marie de Monnoir et beau-frère du marié. M. le Dr T. A. Dufort à Dlle Marie P., fille de H. C. O'Donoughue, Ecr. ex-principal de l'Académie St. Patrice de Montréal.

DÉCÈS.

A St-Clot, P. Q., M. le Dr S. R. Smallwood, âgé de 34 ans, fils de feu le Dr C. Smallwood, de cette ville.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Lésions valvulaires ou organiques du cœur,

par M. le Dr A. Laramée, Professeur de Clinique Interne à l'Université Laval, Montréal (1).

M. le Président,

Messieurs,

Je ne viens pas avec la prétention de rajeunir l'histoire pathologique des lésions valvulaires du cœur, ou de répandre de nouvelles lumières sur ces lésions.

Je viens tout simplement vous donner un aperçu général ou plutôt un résumé, sur ces affections, de plusieurs ouvrages connus favorablement dans le monde entier. Si l'*Union fait la force* n'est-ce pas que la réunion de plusieurs travaux, de plusieurs opinions sur un même sujet, doit avoir sa force et son importance pathologiques ?

Aussi, pour remplir cette tâche, ai-je fait des emprunts à *Jaccoud*, *Peter*, *Dieulafoy*, *Trousseau*, *Rácle*, *Fernet*, *Straüs*, *l'Encylopédie de Ziemssen*, *Reynolds*, *Flint*, *Grisolle*, *deNiemeyer*, *etc.*

Je me suis efforcé de grouper, dans le cadre de ce travail, les traits les plus saillants et les plus propres à mettre en relief l'historique des lésions organiques du cœur et à enrégistrer quelques détails dont on peut avoir besoin pour se rendre compte de certains phénomènes appartenant à ces maladies.

Les lésions valvulaires du cœur sont des altérations permanentes ou parfois transitoires, ayant leur siége sur les valvules ou sur les orifices, et y constituant soit *l'insuffisance des valvules*, soit le *rétrécissement des orifices* du cœur ou l'insuffisance et le rétrécissement combinés. On dit qu'il y a *insuffisance* quand les valvules qui garnissent un des orifices du cœur, n'obturant plus suffisamment cet orifice, permettent au sang de refluer dans la cavité qu'il vient de quitter, tandis que toutes les fois que la lésion gêne la progression du sang d'une cavité dans l'autre, ce mode de perturbation

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal.

constitue le *rétrécissement* ; l'insuffisance porte donc sur les valvules et le retrécissement sur les orifices.

Les quatre orifices du cœur peuvent être intéressés, mais ceux du côté gauche le sont infiniment plus souvent que ceux du côté droit. Les lésions valvulaires peuvent donc se retrouver par ordre de fréquence sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ou sur la valvule mitrale ; sur l'orifice aortique ou sur la valvule sigmoïde de l'aorte ; sur l'orifice auriculo-ventriculaire droit ou sur la valvule tricuspide ; sur l'orifice pulmonaire ou sur la valvule sigmoïde pulmonaire.

Avant d'aborder la description de chacune des lésions valvulaires, jetons un coup d'œil rapide sur quelques phénomènes locaux et généraux qui accompagnent ces altérations.

Si l'insuffisance affecte la valvule mitrale, le sang, pendant la systole du ventricule gauche, au lieu de s'échapper uniquement par l'orifice aortique, refluera en partie dans l'oreillette gauche, si, au contraire, il y a insuffisance de la valvule tricuspide, le sang, pendant la systole du ventricule droit, refluera en partie dans l'oreillette droite au lieu de s'échapper par l'orifice pulmonaire.

Si, maintenant, l'insuffisance porte sur la valvule sigmoïde de l'aorte, le sang lancé dans l'aorte reflue en partie dans le ventricule gauche pendant la diastole, tandis que si la valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire est affectée, le sang, lancé dans l'artère pulmonaire retourne en partie dans le ventricule droit pendant la diastole.

Dans le rétrécissement des orifices cardiaques, la lumière de l'orifice intéressé, ayant perdu ses dimensions normales laisse passer, à chaque révolution cardiaque, une quantité de sang bien moindre qu'à l'état normal, et il en résulte alors une hypertrophie avec dilatation de la cavité qui est située derrière le rétrécissement. Cette hypertrophie s'explique par la violence plus grande des contractions et par le surcroit de nutrition qui en est la conséquence. La stase habituelle du sang dans la cavité qui ne peut plus se vider complètement à chaque contraction, à cause du rétrécissement de l'orifice lésé, rend compte de la dilatation.

Ainsi, dans le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, le sang artériel, ne pouvant circuler facilement dans le ventricule du même côté, séjourne dans l'oreillette droite ce qui entraîne une hypertrophie avec dilatation de cette oreillette. Si le rétrécissement affecte l'orifice aortique, il y a arrêt du sang dans le ventricule gauche et plus tard hypertrophie avec dilatation. Je me hâte de rappeler, en passant, que l'hypertrophie n'est jamais plus considérable que dans

l'insuffisance et dans le rétrécissement aortiques et c'est cette hypertrophie, à laquelle le ventricule gauche prend une si large part, qui a valu à la lésion le nom de *cor bovinum*. On cite des cas où le cœur a donné le poids morbide de 20, 30 et même 48 onces (le poids normal du cœur étant de 8 à 9 onces jusqu'à 60 ans, et au-dessus de cet âge, de 11 onces chez l'homme et de 9½ onces chez la femme). Dans l'hypertrophie simple ou purement fonctionnelle, le cœur entier participe à l'augmentation de volume vû que l'hypertrophie n'a pas de raison pour se dissocier sur telle ou telle partie de l'organe, comme dans les lésions valvulaires. En résumé, toute hypertrophie cardiaque est liée à la suractivité musculaire de l'organe ; si le sang stagne ou reflue dans une cavité, si le cœur se contracte trop ou trop souvent, alors il rentre dans la loi commune à tout muscle soumis à un travail exagéré, c'est-à-dire il s'hypertrophie.

Il faut admettre que le travail pathologique subi par le tissu musculaire sous l'influence de l'irritation, doit entrer aussi en ligne de compte dans la production de l'hypertrophie justement appelée par Laennec, Beau et autres, *lésion providentielle*. Le rétrécissement de l'orifice pulmonaire entraîne une hypertrophie avec dilatation du ventricule droit de même que le rétrécissement de l'orifice tricuspide détermine une hypertrophie avec dilatation de l'oreille droite. Je dois ajouter que les insuffisances valvulaires s'accompagnent également des mêmes modifications, c'est-à dire que les cavités cardiaques, que les valvules cessent de protéger contre le reflux du sang, s'hypertrophient et se dilatent comme dans les retrécissements des orifices.

Quelque soit l'orifice lésé, du moment, dit Dieulafoy, qu'une des pièces du rouage cardiaque est altérée, toute la circulation en éprouve le contre-coup après un temps plus ou moins long, ce qui revient à dire que les lésions organiques du cœur peuvent être neutralisées pour un temps variable par les *hypertrophies compensatrices*, surtout celle du ventricule gauche, qui ont pour résultat de contrebalancer les fâcheux effets des lésions valvulaires. Ce travail salutaire est appelé *travail de compensation*. Mais il arrive un temps où la compensation vient à manquer c'est-à-dire qu'elle devient subitement ou graduellement incomplète suivant que la cause qui détermine cette insuffisance est passagère ou permanente. Ainsi, si la rupture de l'équilibre est amenée par des émotions morales vives, des excès de toute espèce, le désordre général pourra bien avoir un résultat fatal, mais le plus ordinairement il est temporaire. tandis, qu'au contraire, si l'insuffisance de la

compensation est le résultat des progrès de la maladie, la cause étant alors persistante, le muscle cardiaque, frappé dans sa nutrition. n'a plus l'énergie nécessaire pour faire face au danger, alors les troubles fonctionnels augmentent, les congestions, la dénutrition générale, les hydropisies progressent, de même que la cyanose, la dyspnée, le coma, en un mot, ces phénomènes que Beau a désignés sous le nom d'*asystolie* sont graduellement portés au *maximum* jusqu'à la mort. Le résultat final des lésions du cœur, dit Jaccoud, est le même ; elles élèvent la pression dans les veines et l'abaissent dans les artères.

Parfois la maladie ne suit pas une marche lente et progressive, les malades sont alors frappés d'accident divers, entr'autres d'embolie cérébrale, d'hémorrhagie cérébrale ou meurent subitement. Quand la maladie suit une marche lente et progressive, l'on peut dire que l'économie tout entière participe à cette affection, ce qui fait dire à Peter : " Quand il a cessé de vivre, le malade n'a fait en réalité que cesser de mourir."

Aussi, dans les autopsies pratiquées chez des gens morts de cachexie cardiaque, on trouve l'encéphale et les sinus cérébraux congestionnés. Les poumons sont le siége de congestion, d'œdème, d'hémorrhagie. Le cœur est ordinairement volumineux, sa fibre musculaire pâle, dégénérée est parsemée d'ilots graisseux et scléreux. Ses cavités contiennent des caillots fibrineux adhérents ou libres suivant qu'ils sont de formation ancienne ou récente. Le foie volumineux, induré présente une altération connue sous le nom de *foie muscade*. D'après Dieulafoy, l'aspect du foie muscade serait dû à des ilots foncés formés par la stase sanguine des veines hépatiques, ilots entourés de zônes jaunâtres dûes à la stase de la bile. La rate est gorgée de sang, et, le rein, augmenté de volume, offre à sa surface des arborisations multiples. Tous ces phénomènes appartiennent spécialement aux lésions tricuspides et quelquefois mitrales. Le cœur gauche, je le répète, est beaucoup plus souvent affecté que le cœur droit et l'orifice auriculo-ventriculaire mitral est un peu plus souvent intéressé que l'orifice aortique. Ces lésions se rencontrent particulièrement chez les adultes et les vieillards, tandis que les lésions du cœur droit sont presque toujours congénitales comme nous le verrons plus loin.

Les deux orifices, mitral et aortique, sont souvent malades simultanément parce qu'en raison du rapprochement des orifices, l'endocardite génératrice envahit fréquemment ces deux orifices. Du reste, les rétrécissements peuvent finir par entraîner des insuffisances, c'est-à-dire que les valvules devenues

immobiles cessent alors de remplir leurs fonctions et permettent au sang de refluer en partie dans les cavités.

Cependant, le rétrécissement peut exister sans insuffisance et *vice versâ*, mais le plus ordinairement, à l'orifice mitral et aortique, surtout au premier, il n'y a presque pas de rétrécissement sans insuffisance tandis qu'il peut y avoir insuffisance sans rétrécissement et cela surtout à l'orifice aortique.

Quant aux rares lésions du côté droit du cœur, l'insuffisance à l'orifice tricuspide a été observée plus souvent ou plutôt moins rarement que le rétrécissement, tandis que c'est le contraire pour l'orifice pulmonaire.

Passons maintenant aux causes des lésions valvulaires, surtout du cœur gauche, vû qu'après la naissance ces altérations sont bornées le plus souvent à l'orifice mitral et à l'orifice aortique.

Messieurs, l'endocardite aigüe ou chronique et l'endartérite athéromateuse sont, en quelque sorte, les causes constantes et directes de ces lésions. Les lésions mitrales sont le produit de l'endocardite aiguë ou chronique, primitive ou secondaire et se rencontrent spécialement chez les jeunes gens et les adultes, vû la fréquence de l'endocardite rhumatismale à ces âges, tandis que les lésions aortiques résultent tantôt de l'endartérite athéromateuse ou enfin de ces deux causes réunies. Les altérations de texture des parois vasculaires étant causes d'oblitérations artérielles, on s'explique pourquoi on les rencontre chez les vieillards et pourquoi aussi les lésions aortiques sont communes à cette époque de la vie. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas que la vieillesse qui puisse provoquer l'athérôme, maisque cet état pathologique peut s'observer chez des sujets encore jeunes, comme parexemple, chez des alcooliques, des syphilitiques ou encore chez des individus souffrant de la maladie de Bright, de la goutte, etc., autant d'affections qui ont pour caractères communs de produire l'altération plus ou moins profonde du sang, de troubler la nutrition des parois vasculaires, et, par conséquent, de favoriser l'athérôme ou *cette rouille de la vie*, comme le dit Peter.

Après le rhumatisme articulaire, sous toutes ses formes, mais principalement le rhumatisme articulaire aigu, le froid, le traumatisme, la scarlatine, puis d'autres affections dont on a quelquefois exagéré l'importance étiologique comme la variole, la chorée, l'érysipèle de la face, la myocardite, la pleurésie, la pneumonie, etc., peuvent déterminer l'endocardite et, par conséquent, devenir des causes éloignées de lésions vulvulaires du cœur. Les auteurs font mention d'une endocardite dite ulcéreuse, mais cette forme semble spécialement avoir pour résultat

de donner naissance à des embolies qui vont se loger à l'encéphale, aux reins, à la rate, etc. Du reste, cette variété d'endocardite qui appartient à la pyémie et surtout à la pyémie puerpérale et aux fièvres graves se termine très rapidement par la mort. On cite encore quelques cas d'insuffisances aortiques ou mitrales qui auraient apparu subitement, après un effort, mais ces cas se terminent rapidement par la mort, cependant on mentionnait en 1880 deux personnes qui vivaient encore six ans après l'accident. On ne connait pas encore les causes de l'endocardite fœtale, mais l'on sait qu'elles ont de la prédilection pour le cœur droit, vû la pression prépondérante que subit ce côté du cœur pendant la vie intra-utérine.

Quant aux effets de l'endocardite sur les valvules et les orifices, les auteurs s'accordent à dire que l'inflammation, au lieu d'envahir toute la séreuse ventriculaire, se limite généralement aux régions valvulaires gauches, c'est-à-dire, aux points qui sont le plus exposés aux effets mécaniques de pression et de frottement exercés par le courant sanguin. Il n'est donc pas étonnant que la mitrale et l'aortique soient si souvent intéressées ; il n'est pas étonnant non plus que chez des sujets dont la circulation pulmonaire est depuis longtemps embarrassée, comme chez le vieillard ou chez le tuberculeux, la tricuspide et la sigmoïde pulmonaire puissent présenter parfois des altérations plus ou moins marquées.

L'endocardite a pour effet ou de rétrécir les orifices cardiaques par des dépôts d'incrustation calcaire, de dégénérescence graisseuse dont elles les encombre ou de produire l'insuffisance ou l'inocclusion de ces orifices en amenant soit la rigidité, soit la perforation, soit le retrait ou même la rupture des valvules, ou encore, ce qui arrive quelquefois, l'endocardite peut produire tous ces désordres à la fois. L'athérôme, de son côté, détermine des désordres analogues sur l'endocarde mais surtout sur l'orifice aortique. Les altérations valvulaires peuvent être passagères si l'endocardite arrive à résolution parfaite, mais le praticien n'a pas souvent occasion de rencontrer de ces cas heureux et tout à fait exceptionnels, car le plus ordinairement l'endocardite laisse après elle un dommage presque fatalement irréparable. Pourtant l'on cite quelques cas isolés qui seraient de nature à laisser croire que l'insuffisance mitrale et aortique seraient susceptibles de guérison dans le cas où une seule lame valvulaire serait intéressée. Il se ferait alors une sorte d'accommodation c'est-à-dire que les valvules saines finiraient par s'allonger et s'élargir suffisamment pour que l'occlusion de l'orifice soit de nouveau possible, mais ce travail réparateur ne s'accomplirait qu'après

des mois et même des années. Du reste, ces rares guérisons seraient propres au jeune âge.

L'endocardite ainsi que les lésions valvulaires se développent dans l'ombre, insidieusement, et la plupart du temps elles resteraient longtemps méconnues sans les ressources de la percussion et de l'auscultation. On cite même des cas de lésions organiques du cœur qui auraient commencé à présenter des symptômes marqués, dix ans et plus après une attaque de rhumatisme depuis longtemps oubliée, c'est-à-dire que bien souvent les malades consultent l'homme de l'art, lorsqu'ils sont sous l'influence des désordres résultant du manque d'équilibre de la compensation, en d'autres termes à l'époque où ce travail providentiel perd du terrain dans sa lutte contre la résistance fournie par l'obstacle au cours du sang. En réalité, Messieurs, une raison qu'on pourrait bien invoquer pour expliquer la marche insidieuse des lésions organiques du cœur c'est que ces affections ne sont pas accompagnées de douleur cet hôte incommode à qui tout le monde refuse hospitalité et qui *pousse* à réclamer du secours. La douleur fait défaut dans les maladies du cœur parce que cet organe est privé de nerfs rachidiens directs et qu'il n'est animé que par le grand sympathique. Le cœur est insensible dans l'état pathologique comme dans l'état normal et il parait d'après Bouillaud, dont l'opinion est appuyée par Râcle, Fernet, Strauss etc., il paraît, dis-je, qu'on peut déchirer le cœur sans y déterminer de la douleur et ces auteurs ajoutent que la douleur fait défaut dans la péricardite, l'endocardite, l'hypertrophie simple, dans les anévrysmes partiels, les perforations et les communications anormales des cavités, dans les ulcérations de l'intestin grêle accompagnant la tuberculisation ou la fièvre typhoïde, etc., enfin dans tous les organes dépourvus de nerfs sensitifs. Le malade ressent bien quelque chose, comme des sensations incommodes ou un état de gêne, mais non pas de la douleur à proprement parler. Râcle et les autres qui, sur ces points, supportent la doctrine de Bouillaud, enseignent qu'il n'y a qu'une maladie qui ferait exception à cette règle, s'il était prouvé qu'elle a réellement le cœur pour point de départ, fesant allusion à l'angine de poitrine que beaucoup attribuent à des lésions valvulaires de l'aorte, à des lésions de la substance charnue du cœur, à l'ossification des artères coronaires ou encore à une névralgie du cœur. Mais les auteurs en question trouvent plus naturel de rattacher l'angine de poitrine à une névralgie des parois thoraciques et des nerfs du plexus cervico-brachial pour la raison déjà citée, que le cœur ne reçoit que des nerfs du grand sym-

pathique et non des nerfs sensitifs. Les quelques autres filets nerveux qui vont au cœur et qu'on dit être fournis par le pneumo-gastrique et les nerfs laryngés pourraient bien n'être que des rameaux indirects de ce même grand sympathique résultant des anastomoses du pneumo-gastrique, au col, avec le ganglion cervical supérieur et quelques autres points du même système (1). Enfin, fait important, c'est que pendant l'accès de l'angine de poitrine, le pouls qui est calme, régulier, sans intermittences devrait présenter tout le contraire si l'angine de poitrine était une névralgie du cœur, vû que les névralgies ne manquent pas de déterminer des contractions, des spasmes des muscles dans lesquels se distribuent les nerfs malades comme par exemple, dans la gastralgie, dans les névralgies de l'utérus, de la face, etc.

Il arrive bien souvent que des personnes nerveuses, surtout des femmes chlorotiques ou anémiées se croient réellement affectées du côté du cœur, parce qu'elles ressentent des étouffements et des palpitations accompagnées de douleurs plus ou moins vives sous le sein gauche et au niveau de la pointe du cœur. On s'exposerait à de grandes méprises si l'on regardait cette douleur comme appartenant au cœur, car il est bien vrai que les lésions valvulaires peuvent atteindre les sujets chlorotiques ou anémiés, comme les sujets de n'importe quelle condition, mais le plus ordinairement ces palpitations sont nerveuses et ces douleurs sont liées à quelque point névralgique, ce qui le prouve c'est que ces palpitations se manifestent sous l'influence d'une émotion où d'une fatigue, disparaissent plus ou moins promptement et ne s'accompagnent d'aucun trouble persistant de la circulation. Quant à la douleur, elle est superficielle, mobile et apparaît ailleurs, surtout du même côté du thorax ; enfin ces sujets sont souvent affectés de névralgies faciales, abdominales, de gastralgie, etc., et chez les femmes, il y a ordinairement coïncidence de leucorrhée, de névralgie du col utérin. De plus, chez les chlorotiques, on entend des bruits de souffle à la base du cœur. dans les artères du cou ; cependant lorsque ces bruits de souffle sont très intenses on peut les entendre à la pointe du cœur, mais c'est très rare. Tous ces phénomènes accusent plutôt l'appauvrissement du sang qu'un obstacle à la circulation. Enfin, ces troubles passagers cèdent quelques fois aux antispasmodiques tandis que ceux-ci n'ont aucune influence sensible sur les lésions organiques du cœur Du reste, les palpitations organiques surviennent rarement par accès, et ne s'accompagnent pas de cette mobilité particulière aux individus impressionnables et de la diurèse aqueuse propre aux névroses.

Les bruits anormaux qui remplacent les bruit naturels, dans les lésions valvulaires, méritent de fixer un instant l'attention car ils constituent souvent une source précieuse de diagnostic. Je rappellerai, d'une manière générale, que les bruits anormaux du cœur sont dûs aux vibrations d'une ondée sanguine qui traverse un orifice malade d'où le nom de *bruits liquidiens* d'après Monneret, contrairement aux bruits normaux qui sont dûs aux claquements valvulaires et à la distension brusque des parois cardiaques, c'est-à-dire produits par la vibration des solides, d'où le nom de *bruits solidiens*. Les bruits anormaux portent les différents noms de *bruits de souffle*, *bruits de scie*, *de râpe*, *de piaulement*, *d'enclume*, *de galop*, *etc.* Règle générale, ces bruits sont doux et prolongés dans l'insuffisance aortique, râpeux dans l'insuffisance mitrale, quelquefois stridents dans le rétrécissement aortique, parfois dans le rétrécissement mitral ils sont peu marqués et ressemblent plutôt à un roulement sourd qu'à un souffle.

Le bruit de piaulement a un timbre musical et se fait entendre rarement. Quelquefois il ressemble au miaulement d'un jeune chat, au roucoulement d'une tourterelle ou d'un pigeon, etc. On croit l'expliquer ou par la nature même de la lésion, ou par quelque lambeau flottant mis en vibration au devant d'un orifice par l'ondée sanguine. En somme, tous les différents bruits qui accompagnent les lésions organiques du cœur, ne sont que des modifications du bruit de souffle dont ils diffèrent par leur rudesse et l'acuité de leur timbre. Cependant les bruits rudes ont généralement une valeur plus grande que le souffle simple, car ils indiquent une lésion des valvules ou des orifices, tandis que le bruit de souffle simple peut aussi appartenir à la chlorose ou à l'anémie.

Les bruits des orifices auriculo-ventriculaires s'entendent surtout à la pointe du cœur, tandis que les bruits dss orifices ventriculo-artériels à la base, normalement et pathologiquement.

Les bruits chlorotiques s'entendent à la base du cœur, au 1er temps, et jamais au 2e temps. De plus, ces souffles sont doux, excepté dans les vaisseaux du cou, où ils sont quelquefois intenses et parfois musicaux.

(*A suivre*).

Chimie médicale.—L'urine.

(*Suite.*)

---

5. Quantité.

De 1,000–1,500 centim. cubes (1–1½ pinte) dans les 24 heures à l'état normal.

Avant toute analyse, il est nécessaire de connaître la quantité d'urine émise dans les 24 heures, si l'on veut se rendre compte, au moins approximativement, des éléments normaux ou anormaux contenus dans le liquide urinaire.

6. Gravité spécifique.

On se sert d'un petit instrument appelé urinomètre. Il est composé d'un récipient, destiné à recevoir l'urine, et d'une tige flottante, graduée de telle sorte que dans l'eau pure cette tige s'enfonce jusqu'au sommet de l'échelle où est marqué 1,000°. La graduation est faite en descendant, c'est-à-dire qu'au bas de la tige l'échelle marque 1,060°. Plus le liquide est dense plus la tige s'élève au-dessus du liquide.

Si l'urine est trop trouble pour permettre de lire sur l'échelle, filtrez avant de prendre la gravité spécifique.

Gravité normale.	Urina potûs..... 1,002°–1,015° Urina sanguinis..... 1,015°–1,020° Urina cibi..... 1,020°–1,030°
1,030°–1,065°.	Recherchez le sucre et un excès d'urée.
Densité permanente au-dessous 1,015°.	Recherchez l'albumine.

L'urine doit être à la température de l'air ambiant, 60° Fahr.; autrement il pourrait y avoir de graves erreurs. L'urine est d'autant plus dense qu'elle contient plus de matières solides en solution. Par une règle simple et facile on peut avoir une idée suffisante du résidu sec que laisserait l'urine par l'évaporation; il suffit de multiplier par 2 les deux derniers chiffres de la densité spécifique exprimée avec trois décimales, et l'on a approximativement le poids, en grammes, du résidu correspondant au litre. Ainsi, comme exemple : une urine a une gravité

spécifique =1,020°, multipliez les deux derniers chiffres par 2, ce qui vous donne 40 grammes, poids du résidu par litre du liquide.

Cette petite opération, si facile à faire, ne devrait jamais être négligée par le médecin à cause des indications importantes qu'elle peut lui fournir.

La sécrétion urinaire est beaucoup augmentée (polyurie); deux cas se présentent :

1° Cette urine augmentée a une densité spécifique élevée : donc elle contient plus de matières solides que l'état normal n'en fournit habituellement. Dans ce cas, la métamorphose régressive des tissus est trop active, le malade s'affaiblit et maigrit, c'est le diabète insipide ; ou bien l'urine contient du sucre, c'est le diabète sucré.

2° La sécrétion urinaire très abondante a une gravité spécifique peu élevée (hydrurie) : l'eau est le principal élément séparé du sang, et comme ce liquide est facilement remplacé, le malade ne s'affaiblit pas et ne devient pas cachectique. Cet état anormal est souvent un symptôme favorable, parce que la sécrétion abondante de l'eau favorise l'élimination de produits pathologiques, comme dans l'hydropisie.

Le liquide urinaire est diminué et la densité spécifique est peu élevée : alors on doit soupçonner un obstacle à la sécrétion de l'urée et des autres principes extractifs de l'urine (urémie) ; nous avons à craindre, à bon droit, les symptômes d'empoisonnement par ces différentes substances, tels que délire, coma, épilepsie, éclampsie, etc.

Un médecin observateur et instruit pourra tirer, de la densité seule de l'urine, bien d'autres indications importantes que le cadre de cette étude ne nous permet pas de développer. Cette opération toutefois aura pour effet de le mettre sur la voie d'une analyse plus complète et l'aidera considérablement à porter son diagnostic.

Il va sans dire qu'il doit tenir compte des circonstances dans lesquelles cette observation est faite. Ainsi, à l'état normal, la sécrétion sera abondante et la densité faible, si la personne a consommé une grande quantité de boissons. L'urine peu abondante aura une densité élevée, si le sujet, après un exercice violent, a été soumis à une transpiration abondante.

SECTION II.—RECHERCHES DES SUBSTANCES ANORMALES DE L'URINE.
(DR DEEMS.)

Divisez le liquide urinaire en diverses portions, dans lesquelles vous rechercherez successivement les substances suivantes :

§ 1. Excès et insuffisance de l'urée.

§ 2. Albumine.
§ 3. Sucre.
§ 4. Bile et pigments biliaires.
§ 5. Sang.
§ 6. Chyle.

§ 1. Urée.—Excès et Insuffisance.

Réaction de l'urine variable; couleur normale; gravité spécifique au-dessus de 1030° (s'il y a excès). A cause de son extrême solubilité, l'urée ne forme jamais de dépôt spontanément. Un homme en santé secrète de 300 à 600 grains d'urée dans les 24 heures.

a. Réactif pour excès.

Mettez dans un tube à réactif environ un pouce de l'urine des 24 heures. Ajoutez un tiers de son volume d'acide nitrique pur et incolore, et placez le tube dans de l'eau froide. Si des cristaux de nitrate d'urée se forment immédiatement ou en peu d'instants, il y a excès d'urée. Le nitrate d'urée apparaît en plaques minces, rhomboïdales ou hexagonales, intimement unies les unes aux autres. Elles sont incolores.

b. Réactif pour insuffisance.

Prenez un échantillon de la même urine, évaporez sur un bain d'eau à la moitié de son poids, à une basse température, et placez le tube dans de l'eau froide. Si des cristaux de nitrate d'urée ne se forment pas en peu d'instants, c'est-à-dire dans cinq minutes, l'urée est au-dessous de la proportion normale.

Note.—La quantité d'urine passée dans les 24 heures doit être prise en considération, car si le patient, au lieu de passer la quantité normale 1500 c.c. ne passait par ex: que 600 c.c., l'urine devrait être diluée jusqu'à 1,500 c.c. pour le réactif *a*, et employée sans évaporation pour le réactif *b*.

Si d'un côté le patient est diabétique et passe 3000 c.c. par 24 heures, un échantillon donné de son urine doit être réduit de moitié par l'évaporation pour le réactif *a*, et une portion de cette urine réduite doit être réduite de nouveau de moitié pour le réactif *b*.

Une augmentation permanente de la sécrétion de l'urée indique toujours un accroissement d'activité de la métamorphose des substances azotées protéïques.

Cette sécrétion est abondante dans les maladies aigues, à cause de l'état fébrile du patient, et devient une cause d'affaiblissement. C'est un symptôme défavorable si cet état se maintient longtemps.

Une diminution de la quantité d'urée peut dépendre :

" 1° D'une diminution d'activité dans la métamorphose des " substances protéïques (dans les maladies chroniques).

" 2° De la retention dans le corps, de l'urée formée, (dans " l'urémie et les hydropisies)." Vogel.

Un homme soumis à un exercice violent, ou bien faisant usage d'une nourriture animale abondante, passera temporairement plus d'urée. De même cette sécrétion sera diminuée par le repos et un régime trop végétal. C'est au médecin à juger des circonstances et à tirer ses conclusions.

DR N. FAFARD.

(*à suivre*)

COMMUNICATION.

Du traitement des névralgies par les injections hypodermiques d'eau froide.

Nous avons reçu à ce sujet la communication suivante :

336 Greene Avenue—Brooklyn, 22 décembre 1881.

*Messieurs les Rédacteurs de l'*UNION MÉDICALE,

Messieurs et chers Confrères,

Permettez-moi de vous adresser quelques mots au sujet d'une observation de M. le prof. Laramée à propos des *névralgies simulées* (voir *Union médicale*, décembre 1881, pp. 538, 539). Mon savant confrère paraît quelque peu sceptique touchant les vertus de l'*aqua pura* injectée sous la peau dans le but de soulager les souffrances intolérables de la névralgie. Ayant moi-même vu des cas où ce mode de traitement a réussi et parfois *à merveille*, je désire expliquer ici la méthode que j'ai suivie, méthode qui, à vrai dire, n'est pas nouvelle. Quelques médecins de Brooklyn, et je suis de ceux-là, ont fait usage depuis plusieurs années d'une solution d'acide phénique au 50e (2 p. 100) en injection hypodermique pour la cure des névralgies opiniâtres et en particulier de la sciatique. Les succès obtenus ont été brillants, et aujourd'hui tout le monde les

connait ici. Or nous avons constaté que l'*eau froide seule*, administrée de la même façon a également réussi plusieurs fois, pourvu seulement,

a. Que la quantité d'eau injectée soit relativement considérable;

b. Qu'elle soit toujours injectée aussi près que possible du nerf.

Pour ma part, j'explique les résultats obtenus par l'effet de la pression sur le nerf malade. (Voyez les expériences de M. le Dr Boudet de Paris sur l'emploi du diapazon en vibration près d'un nerf affecté de névralgie? N'est-ce pas là quelque chose d'analogue?)

Si je ne me trompe, j'ai employé cette méthode environ vingt fois. Dans la moitié des cas il y a eu soulagement *presque instantané*; quelquefois, l'effet a été à peu près nul, dans d'autres cas il a été tardif ou simplement partiel.

Enfin, je crois que l'effet de cette médication est *mécanique* et non pas thérapeutique, et si j'ai raison il serait inutile d'espérer soulager une névralgie de la 5e paire, par exemple, au moyen d'une injection d'eau pure pratiquée sous la peau du bras.

Permettez moi, en finissant, de suggérer à notre savant confrère de vouloir bien faire encore quelques expériences à ce sujet dans les salles de son service à l'Hôpital et de nous communiquer ses résultats.

Veuillez agréer, Messieurs, etc.,

NELSON B. DE S. SIZER,
Bac. Sc., M.D., Univ., N..Y,
Membre de la Société otologique américaine, chirurgien de l'Hôpital pour les yeux et les oreilles de Brooklyn, etc.

REVUE DES HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Ulcères chroniques.—Névrose intéressante; pulsations abdominales.—Paraplégie et hémiplégie.

Ulcères chroniques.—Dans le cours du mois de décembre dernier, on a eu occasion de traiter plusieurs cas d'ulcères chroniques de la jambe, résultant de traumatisme. Dans ces cas

d'ulcères de longue durée, la nutrition de la peau au voisinage de l'ulcère est généralement en défaut, le sang y stagne plus ou moins et c'est ce qui rend compte en grande partie de la difficulté d'amener une guérison.

Plusieurs modes de traitement ont été essayés en rapport avec les exigences de chaque cas. C'est la compression méthodique unie à la position élevée du membre, qui a jusqu'ici donné les meilleurs résultats dans les ulcères de ce genre. La compression est exercée au moyen d'une bande roulée, la plaie ayant été préalablement pansée au cérat phéniqué ou à l'onguent d'oxyde de zinc et recouverte d'une épaisse couche de ouate par dessus laquelle on place une attelle en carton afin d'exercer une pression égale.

Quand les bourgeons sont trop exubérants, rouges ou molasses, on les réprime soit par une cautérisation superficielle au nitrate d'argent soit en saupoudrant la plaie d'une couche d'alun calciné. La lotion rouge (*Red wash*) constitue également une excellente application quand l'ulcère secrète une grande quantité de pus. C'est alors aussi qu'il est bon de remplacer la ouate ordinaire par de la ouate dite absorbante (*absorbent cotton*) qui s'imbibe de l'excès de pus et empêche celui-ci d'inonder les bords de l'ulcère.

En certains cas d'ulcères étendus on a employé avec un succès marqué la bande élastique de caoutchouc, appliquée une fois le jour, le membre ayant été préalablement recouvert d'une forte couche de ouate.

Le pansement qui consiste à recouvrir la plaie d'une couche assez épaisse de sous nitrate de bismuth a donné des insuccès.

Névrose intéressante ; pulsations abdominales.—Alphonsine F..., 33 ans. Tempérament nerveux, est admise le 9 janvier, se plaignant de soubresauts violents siégeant dans l'abdomen, et existant, dit-elle, depuis plusieurs années. A la palpation on constate sur la région iliaque gauche comme un corps résistant, allongé, légèrement sensible à la pression. Ce corps est le siége de palpitations violentes non isochrones avec les battements du pouls, et communiquant aux doigts qui le pressent une sensation presque analogue à ce que donnerait l'anévrisme d'un gros tronc artériel. Ces battements paraissent imprimer quelques mouvements d'oscillation au membre inférieur du côté correspondant, surtout quand on exerce une forte pression au niveau de l'endroit où siègent les pulsations. L'auscultation ne révèle aucun bruit de souffle. Quelle est la nature de ces pulsations ?

M. le Prof. Laramée, dit à ce sujet : ces battements se pas-

sent dans l'artère iliaque commune gauche et ce qui prouve que ce mouvement est artériel, c'est que la pression sur l'aorte abdominale au-dessus de la bifurcation suspend entièrement ces mouvements insolites. Ces pulsations offrent ceci de remarquable qu'elles ne correspondent pas avec le rythme de circulation et ce fait, tout extraordinaire qu'il paraisse, a été observé par plusieurs auteurs dignes de foi.

Ces pulsations remarquables s'observent chez des sujets nerveux, c'est-à-dire chez des sujets impressionables, mobiles. Il a été observé chez des hystériques, des hypochondriaques et quelquefois au commencement de la grossesse. Mais ce qu'il y a de remarquable c'est que cet accident semble n'avoir été rencontré que dans l'aorte abdominale ou s'étendant jusqu'aux iliaques primitives et non dans l'iliaque seulement comme dans le cas qui nous intéresse.

Ces battements, en général, cessent d'un jour à l'autre mais peuvent persister des semaines ou même des années. Dans le cas actuel les battements existent depuis plusieurs années, dix ans, d'après le rapport de cette fille, mais ils sont intermittents comme c'est le cas dans les névroses. Les antispasmodiques suspendent ces battements qui en réalité, sont plutôt une incommodité qu'une maladie. Le chloroforme en inhalation, a suspendu complètement ces battements insolites et naturellement la tumeur a aussi disparu.

Il est probable qu'il s'agit ici d'une affection nerveuse de l'artère iliaque primitive gauche et le plexus solaire, d'après Râcle, qui forme une tunique presque complète autour des vaisseaux de l'abdomen pourrait bien avoir sa part dans la production de ces battements artériels.

Quant à la sensation d'un corps dur qui accompagne ces battements remarquables, le Dr Laramée croit pouvoir l'expliquer par l'artère en mouvement et soulevant en même temps le péritoine ou le rectum. Cependant dans les cas de battements de l'aorte abdominale rapportés par quelques auteurs il n'existait pas toujours de tumeur et dans les cas où celle-ci s'est rencontrée, à la région épigastrique, on a cru que cette tumeur était formée le plus souvent par des gaz enfermés dans une cellule du colon transverse.

Paraplégie et hémiplégie.—Dame A. B... 55 ans, tempérament sanguin, entre à l'hôpital, Salle Ste. Marie, No. 35, dans le cours du mois de décembre dernier, souffrant d'hémiplégie du côté droit. La malade donne les informations suivantes : Il y a un an environ, elle eut une attaque d'hémiplégie (bras et jambe gauches,) sans que l'intelligence et la parole fussent affectées. La paralysie était incomplète. Les deux membres recouvrè-

rent leurs fonctions graduellement, quand, tout à coup, le 1er novembre 1881, vers 10 hrs. a.m., les quatre membres furent à la fois atteints de paralysie. La malade perdit alors tout à fait connaissance, mais cette perte de connaissance ne fut que passagère, et au bout d'une demi-heure la malade avait recouvré non seulement son intelligence, mais encore l'usage des quatre membres naguère paralysés. Le soir du même jour, autre attaque d'hémiplégie double, sans perte de connaissance cette fois, mais avec grande difficulté à parler. Depuis, la jambe et le bras gauche sont graduellement revenus à un état voisin de l'état normal tandis que les membres correspondants du côté droit sont restés entièrement paralysés, la jambe l'étant un peu moins que le bras. A son entrée à l'hôpital, la malade éprouve encore une certaine difficulté à articuler les mots. A cela sont venues s'ajouter, pendant trois jours, des douleurs dans la région dorso-lombaire, de la difficulté dans la miction, et même la rétention d'urine.

D'après l'histoire du cas, aucune lésion de la moëlle ne peut être invoquée pour rendre compte de la paraplégie. Restent les lésions du côté du cerveau.

D'après M. le Prof. Laramée, il y a eu ici, lors de la première attaque d'hémiplégie double, un petit épanchement sanguin au centre de la protubérance annulaire. Cette hémorrhagie a dû être très limitée, car, si elle eut été tant soit peu considérable elle aurait certainement et rapidement entrainé la mort. L'hémorrhagie, au centre de la protubérance, entraine la paralysie des quatre membres.

Quant à la 3e attaque qui se répéta le soir du même jour, l'épanchement a dû se faire non seulement au centre de la protubérance mais aussi dans l'hémisphère gauche, probablement dans les corps striés ou couches optiques vû que les épanchements dans la majorité des cas, siégent dans ces parties de l'encéphale.

Lors de la première attaque, c'est-à-dire celle qui date d'un an, comme l'hémiplégie était du côté gauche, l'épanchement a dû se faire dans l'hémisphère droit.

Le côté intéressant de ce cas, c'est que l'épanchement a été léger dans tous les cas, surtout dans l'attaque qui a été suivie de paralysie des quatre membres et ordinairement, dans les récidives, les hémorrhagies ont lieu dans le même hémisphère. Mais dans le cas actuel les épanchements ont eu lieu, lors de la première attaque, dans l'hémisphère droit vû qu'elle a été suivie d'hémiplégie du côté gauche; dans la seconde attaque, l'hémorrhagie a eu lieu au centre de la protubérance vû qu'elle a été suivie de paralysie des quatre

membres. Enfin, dans la dernière attaque, l'épanchement a dû se faire au centre de la protubérance et dans l'hémisphère gauche vû la paralysie permanente du côté droit. Les parties de l'encéphale où siègent ordinairement les épanchements sont les couches optiques, les corps striés, la protubérance, les circonvolutions, le cervelet, le bulbe, les pédoncules cérébelleux moyens et le centre ovale, mais les $\frac{7}{8}$ des épanchements ont lieu dans les corps striés, dans le domaine de l'artère lenticulo-striée ou dans les couches optiques, c'est-à-dire dans le domaine de l'artère lenticulo-optique ou dans leur voisinage.

Quant à la cause qui a favorisé cette hémiplégie, dans le cas qui nous occupe, le Prof. Laramée est bien disposé à admettre la prédisposition héréditaire vû que la maladie s'est manifestée du côté des parents maternels, il est probable aussi que l'excès de tension vasculaire peut être invoqué ici vû que la malade est d'un tempérament sanguin.

Pour expliquer la rétention d'urine il est probable que cette paresse de la vessie tenait au décubitus dorsal, et les douleurs dont la malade s'est plaint dans la région dorso lombaire étaient dûes à la même cause, vû que cet état de choses n'a duré que trois jours; si la moelle épinière eut été pour quelque chose dans ce trouble vésical, cet état normal aurait persisté d'avantage.

On a suivi pour ce cas le traitement ordinairement préconisé. Faradisation du bras et de la jambe du côté droit, une à deux séances par jour. A l'intérieur, d'abord l'iodure de potassium à dose de 5 gr. trois fois par jour, puis le sulfate de strychnine à 1|60 gr aussi trois fois par jour. Contre la constipation on prescrit des pilules ainsi composés: Extrait de belladone $\frac{1}{4}$ gr. Extrait de noix vomique gr. $\frac{1}{6}$, Podophylline $\frac{1}{6}$ gr et occasionnellement des lavements simples.

Au bout d'un mois de ce traitement, l'état de la malade s'est sensiblement amélioré. Les mouvements volontaires commencent à se faire dans les membres paralysés.

La malade est encore sous traitement.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Hystérie.—*De ses rapports avec d'autres états morbides tels que la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la tuberculose etc. etc.*—Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* publie une remarquable étude clinique de M. Huchard, (Hôpital Tenon) sur les rapports de l'hystérie avec diverses maladies auxquelles on la trouve souvent associée. Il est de fait que de graves erreurs se commettent tous les jours à ce sujet. Que de fois n'a-t-on pas pris pour des manifestations hystériques pures et simples, certains états morbides dans lesquels l'élément nerveux ne jouait qu'un rôle tou. à fait secondaire et qui ont passé inapperçus. Et par contre, en combien de cas l'état hystérique n'a-t-il pas à lui seul, présenté une série de symptômes propres à embarrasser le praticien et à lui faire redouter quelque maladie grave ?

Ce sont de semblables erreurs que combat M. Huchard. Nous laissons parler un de ses auditeurs :

"Il est évident que dans certains cas, l'existence de l'hystérie, à titre de protopathie, suivant l'expression si heureuse de M. Verneuil, peut imprimer à des maladies diverses des allures singulières qui pourraient de prime abord embarrasser le clinicien ; il peut arriver alors que l'hystérie, se combinant avec les symptômes d'un autre état morbide, fasse croire à une complication plus ou moins grave qui n'existe pas. A cet égard, M. Huchard nous a rappelé le fait suivant qu'il a observé dans son service : Une jeune fille de 16 ans entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde légère ; des le second jour, on s'aperçoit qu'il existe sur toute la surface cutanée une hyperesthésie telle qu'on ne pouvait toucher la peau de cette malade sans éveiller une vive douleur ; si l'on ajoute à cela que les apophyses épineuses cervico-dorsales étaient extrêmement douloureuses, et que les phénomènes de paralysie vaso-motrice étaient assez marqués pour qu'on pût facilement tracer sur la peau des lignes rouges analogues aux taches dites méningitiques, on comprendra que dans ce cas on pouvait et on devait d'abord croire à la probabilité d'une complication grave du côté des centres nerveux.

" Mais cependant, dès le premier jour, ces symptômes d'apparence grave contrastaient singulièrement avec la bénignité de la température, avec l'absence de contracture, de raideur du cou et de douleur de tête, etc. La fièvre typhoïde évoluait régulièrement, la diarrhée était modérée, le ventre légèrement météorisé, et l'état de stupeur peu accusé. C'est qu'en rapprochant ces symptômes *pseudo-méningitiques* de l'état nerveux de la malade qui se manifestait de temps à autre par des pleurs sans motif, par la boule hystérique, par certaines bizarreries de caractère, M. Huchard émit l'idée que l'hystérie jouait un grand rôle dans cet état et que le pronostic avait seulement l'apparence de la gravité. Enfin, durant la convalescence, les accidents hystériques s'accusèrent davantage, et, chose singulière, l'hypéresthésie disparut complètement et fut remplacée par une anesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche avec hypéresthésie ovarienne du même côté. Cette ovaralgie devenait ainsi un élément de diagnostic et séparait nettement cette hémianesthésie hystérique de certaines hémianesthésies d'origine probablement congestives dont M. Calmette a relaté, il y a plusieurs années, quelques cas dans le cours de la dothiénentérie.

" Ainsi, dans ce fait intéressant, la fièvre typhoïde a été l'occasion de l'appel de phénomènes hystériques sous la forme de troubles de sensibilité ; mais d'autres fois ce sont les troubles de la motilité qui prédominent, et l'on peut observer certaines dothiénentéries dans lesquelles les accidents ataxiques à allures désordonnées et capricieuses n'entraînent pas d'aggravation notable de l'état général et du pronostic et sont surtout sous la dépendance de la névrose hystérique.

" Cette sorte d'appel des accidents hystériques peut d'ailleurs se montrer à la suite des affections inflammatoires, qui s'accompagnent alors de spasmes et de convulsions localisées plus ou moins intenses ; des angines simples, des laryngites ou des bronchites survenant chez des hystériques s'accompagnent avec une facilité des plus remarquables de rétrécissement spasmodique de l'œsophage, de spasmes de la glotte, d'aphonie ou encore de toux rauques, sonores et stridentes, contre lesquelles la médication antiphlogistique n'a aucune prise. Une simple indigestion ou un embarras gastrique devient la cause de vomissements opiniâtres qui cependant n'altèrent pas la santé et qui, après avoir été rebelles à tous les traitements, peuvent cesser tout à coup sans qu'on puisse attribuer la guérison à l'intervention thérapeutique. De même, une hystérique est atteinte de métrite ou d'une simple congestion utérine, et aussitôt éclatent des accidents de péritonisme avec tympanite

intestinale, douleurs vives sur le trajet des nerfs lombo-abdominaux et sur les apophyses épineuses lombaires, hyperesthésie cutanée abdominale et même vomissements; et cependant il n'y a pas de fièvre, pas d'altération des traits, aucun retentissement sur l'état général. Ce n'est en réalité qu'une pseudo-péritonite, car bientôt cet orage passager se calme et tout rentre dans l'ordre. Une autre fois, c'est une femme hystérique qui est atteinte de blennorrhagie avec cystite du col. La cystite du col passe, et une rétention d'urine reste, et il s'y ajoute un état très pénible de vaginisme, ou plutôt de vulvisme.

" Bien d'autres éxemples probants pourraient être cités où l'on démontrerait l'influence des phlegmasies sur la *fixation* de l'hystérie dans certains organes.

Le traumatisme est une cause suffisamment connue d'*hystérie locale*, et il n'est pas nécessaire de passer en revue tous les cas cités par Brodie et Charcot, ou des traumatismes insignifiants, une simple piqûre, une contusion légère, sont devenus le point de départ de contractures dont la brusque et rapide disparition attestait la nature névrosique.

" Chez les individus indisposés, ou lorsque l'hystérie se développe dans l'enfance (*hystérie infantile*), celle-ci survient le plus souvent sous l'influence d'un traumatisme (contusion, chute, plaie légère, etc.,). Une malade observée par M. Huchard, reçoit un coup de poing au creux épigastrique; deux jours après elle eut une hématémèse abondante qui se répéta un grand nombre de fois. On crut d'abord à l'existence d'un ulcère de l'estomac d'origine traumatique comme on en a cité quelques exemples. Mais ces hémorragies se montrent surtout à l'époque des règles; elles persistent abondantes pendant huit mois sans aucune altération de l'état général, et elles disparaissent un jour sans cause après avoir défié tous les traitements et font place à des convulsions nettement hystériques. Alors le vrai diagnostic était déjà nettement établi sur ces deux caractères: apparition des hémorragies au moment des menstrues et conservation de l'embonpoint et de la santé générale malgré l'abondance et la répétition des hémorrhagies. Dans ce cas, les crises nerveuses qui sont survenues dans la suite n'ont fait que confirmer les prévisions favorables du pronostic." (*à suivre.*)

—

Un signe précurseur de la phthisie pulmonaire.— Le *Courrier Médical*, 10 déc. 1881, publie une étude serieuse, qui est résumée par le *Lyon Médical*, 25 déc. 1881, concernant

un signe précurseur de la phthisie pulmonaire. L'auteur, qui paraît être un observateur minutieux, prétend que chez les jeunes gens, la coexistence d'une langue saine avec un pouls de 85 pulsations est un indice presque certain d'un prochain développement de la phthisie pulmonaire. Pour l'ordinaire, ces sujets, dont l'âge moyen doit être placé entre 18 et 30 ans, paraissent jouir d'une santé excellente, et ne font part qu'accidentellement d'une singularité qui peut intéresser le médecin. Les uns (première observation) sont des héréditaires ayant d'ailleurs un excellent tempérament; d'autres ne présentent aucune tare organique. Tous, en général, deviennent phthisiques peu de temps après la constatation de ce symptôme.

L'auteur donne quatre observations très concluantes. Il croit que chez ces prédisposés il existe déjà des granulations tuberculeuses dont l'auscultation est encore impuissante à révéler l'existence. Pour lui, tout individu qui, avec une langue saine, a le pouls au-dessus de 80, est un candidat à la tuberculose. Nous ne ferons qu'un reproche à l'auteur de ces recherches minutieuses, c'est celui de n'avoir pas pris la température de ses malades ou examiné les urines au point de vue des déchets. Peut être eût-il trouvé là l'explication du singulier phénomène qu'il enrégistrait.

—

De l'ascite curable des alcooliques.—Ce titre va peut-être sonner mal à l'oreille de certains praticiens par qui l'hydropisie de la cavité péritonéale survenant chez un sujet d'habitudes alcooliques, est ordinairement considérée comme étant en dehors des ressources de la thérapeutique. Les lésions organiques du foie qui produisent l'ascite dans la très grande majorité des cas justifient assez cette manière de voir. Il est cependant certaines formes d'ascite susceptibles d'amélioration très considérable, voir même de guérison.

M. L. Bouveret, médecin des hôpitaux, publie à ce sujet dans le *Lyon Médical* (décembre 1881,) une remarquable étude appuyée de plusieurs observations, et où il démontre que dès lors que l'on constate l'existence de l'ascite chez un alcoolique il ne faut pas pour cela se hâter de déclarer le cas désespéré, puisqu'il peut exister certaines lésions hépatiques ou péritonéales indépendantes de la cirrhose, produisant comme celle-ci un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité du péritoine et susceptibles de guérison.

"Lorsque, dit M. Bouveret, chez un alcoolique qui a souffert de troubles digestifs on voit s'établir l'ascite, on affirme générale-

ment et avec raison que ce malade est atteint de cirrhose atrophique. L'hydropisie péritonéale est en effet le meilleur signe de l'obstruction circulatoire qui développe à peu près fatalement l'hépatite interstitielle. Une fois établie, l'ascite peut bien rester quelque temps stationnaire, ou même diminuer, si les voies de la circulation collatérale viennent à s'ouvrir, mais bien rarement elle disparaît d'une façon durable, car l'atrophie cirrhotique du foie, arrivée à la période de l'ascite, est une affection absolument incurable.

"Il est de ces malades que leurs antécédents, leurs habitudes d'alcoolisme reconnues ou avouées, certains troubles digestifs très caractéristiques autorisent à ranger dans la catégorie des cirrhotiques; un jour ils sont pris d'une ascite progressivement croissante, quelquefois considérable, et désormais le diagnostic de cirrhose atrophique paraît tout à fait confirmé; mais bientôt, soit spontanément, soit sous l'influence d'une ponction ou d'un traitement médical approprié, cette ascite va diminuant de jour en jour et finit par disparaître d'une façon complète et durable, parfois définitive. Assurément ce n'est pas là une ascite d'hépatite interstitielle atrophique; elle n'en a ni les allures, ni surtout la persistance et la gravité.

"J'ai vu deux faits de ce genre. Dans l'un et l'autre, le tableau clinique fut pendant quelque temps celui de la cirrhose atrophique d'origine alcoolique, et je ne doutais pas avoir affaire à cette maladie du foie. L'événement a montré que ce diagnostic n'était pas exact et qu'il fallait chercher de cette ascite une autre interprétation. De ces deux malades, l'un n'a pu être suivi pendant un temps assez long et son observation n'a pas été prise assez régulièrement; l'autre, au contraire, n'a pas été perdu de vue après la guérison de son ascite, aussi son histoire me paraît être très démonstrative."

L'observation de M. Bouveret se résume ainsi:

"X. 54 ans. Pas de syphilis antérieure. Habitudes d'alcoolisme anciennes. Est observé en janvier 1881. Il souffre beaucoup de troubles digestifs datant de plusieurs années. En août 1880 il avait eu un peu d'œdème aux malléoles. En octobre le ventre devient douloureux, surtout à l'hypochondre droit et augmente de volume considérablement; bientôt les extrémités inférieures s'œdématient. A la fin de décembre, l'hydropisie péritonéale est assez abondante pour gêner notablement la respiration. Le malade supporte difficilement le décubitus dorsal. La ponction de l'abdomen est pratiquée le 5 janvier 1881 au moyen de l'aspirateur Potain. On obtient sept litres d'un liquide clair, jaune citrin.

Après cette évacuation on explore plus facilement l'abdomen et l'on constate que le foie est très volumineux, la limite supérieure de la matité remontant jusqu'au mamelon et le bord inférieur du foie étant senti à un travers de main au-dessous du rebord costal. La surface de l'organe paraît lisse, régulière, sans granulations. Rate normale. En palpant, on sent des frottements péritonéaux dans toute la partie supérieure de l'abdomen surtout à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Ces frottements sont aussi très appréciables à l'auscultation. Urine rouge et plus rare. Rien au cœur. Râles sous crépitants aux bases des deux poumons.

Traitement : Régime lacté exclusif; iodure de potassium 1 à 2 gram., par jour ; vésicatoires répétés à la région sus ombilicale; extrait thébaique le soir; un verre d'eau purgative le matin, deux ou trois fois par semaine.

L'amélioration est sensible pendant les premiers jours qui suivent la ponction, cependant, peu à peu, le liquide ascitique se reproduit. Le 20 janvier nouvelle ponction qui donne issue à sept autres litres de liquide ; l'évacution n'est pas complète. Après cette seconde ponction, l'ascite cesse de se reproduire et le ventre diminue graduellement de volume.

Dès lors les troubles concomitants du rein, des poumons et de l'estomac s'améliorent sensiblement. Le malade revient à l'alimentation habituelle et cesse l'usage de l'iodure de potassium. Au commencement de mars il reprend une partie de ses occupations. L'ascite a complètement disparu. Le ventre est encore tuméfié et sensible à la palpation, mais on ne sent plus de frottements péritonéaux. Le foie est encore gros : le bord inférieur dépasse de trois travers de doigt le rebord costal.

Le 25 novembre 1881, on constate que la guérison s'est maintenue. Les forces sont tout à fait revenues. Le malade a complétement renoncé à ses habitudes d'alcoolisme. Le foie est encore augmenté de volume ; le bord inférieur dépasse les côtes d'un à deux travers de doigts. Il n'y a point trace de liquide ascitique. On ne perçoit plus de frottements ; la sensibité abdominale est aussi disparue. Le ventre est un peu gros encore, vû qu'il est resté un certain degré de météorisme habituel, possiblement dû à la parésie des parois intestinales. L'état général est excellent et M. X se considère comme définitivement guéri.

M. Bouveret commente ensuite cette observation :

" Il me paraît hors de doute que l'ascite ne peut être attribuée à l'hépatite interstitielle atrophique. Ce malade n'a pas été attteint de cirrhose. Après deux ponctions qui ont évacué 12

à 14 litres de liquide, l'ascite, depuis plus de neuf mois, ne s'est pas reproduite. Ce n'est point là certainement la marche habituelle de l'ascite de la cirrhose.

" On ne peut davantage s'arrêter à cette opinion que la cirrhose a véritablement existé, mais que, bien que l'obstruction hépatique persiste, les voies de la circulation veineuse collatérale se sont largement ouvertes, prévenant ainsi le retour de l'hydropisie péritonéale. Les signes indiquant l'établissement d'une circulation collatérale ont toujours fait défaut; les veines de la paroi abdominale n'ont jamais été notablement dilatées; le malade n'a pas eu d'hématémèses; enfin et surtout l'amélioration considérable des fonctions digestives et de l'état général ne permet pas d'accepter cette hypothèse de la persistance d'une lésion aussi grave et irrémédiable que l'obstruction hépatique due à la cirrhose atrophique.

" On ne peut invoquer pour expliquer cette ascite une affection extra hépatique ayant causé la compression de la veine porte; l'exploration de l'abdomen n'a jamais fait découvrir aucune tumeur; et d'ailleurs quelle affection abdominale, quelle tumeur aurait exercé sur la veine porte une compression aussi passagère?

" L'abus des boissons alcooliques, poussé à un haut degré, reste la seule cause acceptable de cette hydropisie péritonéale. Par quel intermédiaire, en dehors de la cirrhose atrophique, l'acool peut-il provoquer l'ascite? Mon malade présentait, outre l'ascite, des signes non douteux de congestion hépatique et de péritonite chronique; le foie dépassait d'un travers de main le rebord costal, les conjonctives avaient une teinte subictérique, et plusieurs fois j'ai senti à l'épigastre, et même au-dessous de l'ombilic, des frottements péritonéaux très-nets, indices de la présence de néomembranes dans les feuillets de la séreuse abdominale.

(*A continuer*).

—

De l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie. —Le *Bulletin général de Thérapeutique* (30 décembre 1881) reproduit de la *Gazette médico-chirurgicale de Pesth* un article du Dr Greza-Faludi sur ce sujet. Le Dr Greza-Faludi a de nouveau expérimenté le médicament et en est venu aux conclusions suivantes:

1° " La pilocarpine, administréé à l'intérieur contre la diphthérie est un agent dont la supériorité paraît incontestable;

2° La pilocarpine, provoquant une salivation excessive, trouvera toujours son utilité dans les affections phlegmasiques si variées des cavités buccale et pharyngienne. Toutefois, elle ne paraît pas supérieure au chlorate de potasse et au perchlorure de fer et ne saurait être considérée comme un spécifique;

3° Elle rend surtout des services dans les cas légers de diphthérie, alors que la maladie reste limitée aux cavités buccale et pharyngienne;

4° Elle n'empêche pas malheureusement le processus morbide d'envahir le larynx et les voies aériennes, et, dans ce cas, il y a tout lieu de redouter une terminaison funeste;

5° Son effet est nul dans les cas graves, quand les fausses membranes diphthéritiques encombrent le larynx et les voies aériennes;

6° Il ne faut pas oublier, quand on l'administre aux petits enfants, les effets déprimants consécutifs; aussi est-il nécessaire de recourir simultanément aux stimulants et particulièrement aux vins généreux."

De ce qui précède il découle tout simplement que la pilocarpine n'est pas plus efficace que les autres méthodes de traitement jusqu'ici employées pour combattre la diphthérie grave et qu'il faut chercher ailleurs le spécifique contre cette affection. Comme on a pu le voir par une note insérée dans notre numéro de janvier (page 37), M. le Dr Archambault, médecin de l'Hôpital des enfants malades, en est venu aux mêmes conclusions que M. Greza-Faludi.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Pansement à l'iodoforme.—La révolution opérée dans la chirurgie moderne par la méthode antiseptique de Lister, ne semble pas être le dernier mot des perfectionnements dont est susceptible cette éclatante conception du génie de Pasteur.

Si la *méthode* antiseptique rencontre aujourd'hui peu d'adversaires, il n'en est pas tout à fait de même du procédé Listerien. Son emploi dans la chirurgie abdominale battu en brèche par Keith au congrès international de Londres a plus d'une fois donné des résultats de nature à refroidir l'engoue-

ment qu'il avait d'abord suscité. Les propriétés toxiques de l'acide phénique et l'insuffisance du pansement de Lister dans une nombreuse catégorie de cas, tels que ceux de plaies produites par les résections articulaires ou communiquant avec une cavité (bouche, rectum, vagin, etc.) laissent une lacune à combler. De nombreux agents antiseptiques ont été dans ce but soumis à l'étude sur les deux continents. Prônés hier, oubliés aujourd'hui, ils ont dû faire place à l'iodoforme qui semble promettre plus que ses prédécesseurs. C est au moins ce qui paraît ressortir des travaux de l'Ecole de Vienne. Mosetig-Moorhof est le premier à expérimenter ce topique. Après lui Billroth en fait une longue étude clinique dont Mikulicz, son assistant, résume les résultats éclatants dans la phrase suivante : " L'introduction de l'iodoforme dans le traitement des plaies est le plus grand progrès qui soit à enregistrer après la découverte de Lister." Nous empruntons au *Journal de médecine de Bordeaux* les conclusions d'une communication de Mikulicz au dernier congrès de la Chirurgie allemande :

1° L'iodoforme est un antiseptique assuré pour les plaies de toute nature ; il agit seulement par contact direct. Dans les plaies que l'on panse de cette façon, l'irritation locale fait défaut, la sécrétion est minime et séreuse ; pas de fièvre, pas de douleurs ; pansements plus rares, emploi facile, troubles généraux nuls ;

2° Sous forme de gaze iodoformée, l'emploi de ce topique est d'une grande simplicité et assure toute sécurité dans les plaies qui communiquent avec la bouche, le pharynx, l'intestin, le vagin, etc. ; l'asepsie et l'absence de douleurs sont alors absolues ;

3° L'iodoforme jouit d'une action détersive très énergique sur les ulcères et les plaies de mauvais aspect ;

4° Il exerce une action spécifique sur les fongosités tuberculeuses, mais seulement par contact direct. Il les transforme en un tissu de granulations louables et solides, tendant à la cicatrisation.

La France n'est pas restée en arrière, comme on le voit par le résumé, que nous fournit le *Praticien*, de la séance du 23 novembre, de la Société de Chirurgie.

M. Marc Sée emploie l'iodoforme depuis le mois de mai à la maison de Santé, comme pansement des ulcères de toute espèce, des plaies anciennes et récentes, particulièrement à celles qui succèdent à l'ablation des tumeurs. Dans des plaies anfractueuses où l'on a à craindre la stagnation du pus, la décomposition de ce liquide et les accidents consécutifs les plus divers et les plus graves, M. Sée remplit la cavité de ces plaies avec

de la poudre d'iodoforme; elles se couvrent bientôt de bourgeons charnus de bonne nature, la fièvre tombe rapidement et les malades guérissent dans un temps très-court. Le pansement à l'iodoforme est d'une application simple et facile, aussi sûr et beaucoup moins compliqué que le pansement de Lister; mais il est cher, l'odeur en est très désagréable pour les malades et leur entourage, et on a signalé quelques cas d'intoxication imputables à la négligence.

M. Terrillon a visité, à Vienne, le service de clinique du professeur Billroth où tous les pansements sont faits à l'iodoforme, et où cependant on ne perçoit presque aucune odeur. On prend de la gaze ordinaire, on la dégomme, on la fait sécher et on la triture avec de l'iodoforme en poudre impalpable : il reste dans la gaze ainsi traitée assez d'iodoforme pour en augmenter notablement le poids; on la conserve en boîte et on la découpe comme la gaze de Lister; enfin pour lui enlever l'odeur, on répand sur elle quelques gouttes d'essence de menthe ou de bergamote.

M. Terrillon a vu surtout employer l'iodoforme à Vienne, dans les plaies résultant d'un évidement osseux, par exemple de l'évidement du grand trochanter et du calcanéum, et à la suite de l'ablation totale de l'utérus par le vagin. Dans ce dernier cas, le chirurgien, immédiatement après l'opération, bourre le vagin sans le distendre, avec la gaze iodoformée et laisse le pansement appliqué pendant sept ou huit jours sans y toucher.

M. Verneuil emploie depuis longtemps l'iodoforme pour les ulcérations de mauvaise nature, le chancre mou et le chancre induré, et ne connait pas de topique plus efficace et d'action plus rapide; il a vu des ulcérations guérir en trois ou quatre jours, alors que tous les autres moyens avaient échoué. L'iodoforme rend aussi de grands services dans le traitement des ulcères scrofuleux, parfois si rebelles. Il lui reproche, comme M. Sée, son prix élevé et son odenr.

M. Trélat se servait aussi depuis longtemps de l'iodoforme, mais il l'a un peu abandonné depuis le pansement de Lister. L'iodoforme lui paraît surtout indiqué dans les plaies plates, exposées : il ne croit pas qu'il convienne aux plaies qui suppurent abondamment. L'incorporation de l'iodoforme au glycéré d'amidon lui a donné d'excellents résultats. Le coagulum déterminé par l'iodoforme à la surface d'une plaie ne se putréfie pas et la cicatrisation s'opère au-dessous sans suppuration. M. Trélat a employé le traitement à l'iodoforme dans un cas d'écrasement de la main avec fracture comminutive des phalanges et des métacarpiens; le pansement resta en place

quinze jours, au bout desquels la cicatrisation s'était faite sans suppuration, comme dans les cas les plus favorables du pansement ouaté.

M. Desprès prétend obtenir d'aussi bons résultats dans le traitement des ulcères en particulier, à moins qu'ils ne soient trop chroniques et calleux, par le simple repos et les cataplasmes ou encore avec le vin aromatique. L'iodoforme n'est en réalité qu'une contrefaçon de l'iode; il y a beau temps que Bazin guérissait les plaies et ulcères scrofuleux avec la teinture d'iode, et M. Boinet pourrait s'écrier à bon droit qu'on lui prend son iodothérapie. Quant au malade de M. Trélat, il aurait aussi bien guéri par le pansement ouaté ou avec le pansement par occlusion de Chassaignac. M. Desprès affirme que ses statistiques à lui, qui ne comprennent que des malades traités selon les errements de la vieille chirurgie, peuvent soutenir la comparaison avec celles de n'importe quel chirurgien listérien ou iodoformiste.

M. Trélat ne relèvera pas le défi, parce que les statistiques ne sont guère comparables et que nier les progrès de la chirurgie contemporaine revient à nier l'évidence.

M. Sée. Contrairement à l'opinion de M. Trélat qui réserve le pansement à l'iodoforme aux plaies exposées, j'ai voulu attirer l'attention sur les services qu'il rend dans les plaies profondes, anfractueuses, difficiles à déterger: tels sont les abcès froids. Quoi qu'en dise M. Desprès, l'action de l'iodoforme qui se poursuit pendant huit et même quinze jours, ne peut être rabaissée au rôle de l'iode qui n'agit que quelques minutes.

A. L.

—

De la trachéotomie.—La bronchotomie est aujourd'hui une opération reconnue classique et pas un chirurgien ne se croirait excusable de n'y pas avoir recours au moins en dernier ressort, dans tous les cas où un obstacle mécanique siégeant à la partie supérieure des voies respiratoires s'oppose à l'entrée de l'air dans le poumon. Mais qu'il s'agisse de laryngite croupale ou diphthéritique l'unanimité d'opinion disparait et on aborde la question la plus discutée de toute la chirurgie. Méthodes et procédés, indications, instruments, tout est sujet à controverse.

A peine Bretonneau et Trousseau avaient-ils obtenu leurs premiers succès de trachéotomie dans le croup, que Bouchut cherchait à substituer le *tubage de la glotte* à l'ouverture de la

trachée. Malgré les résultats obtenus par Trousseau dans sa dernière série, (2 succès sur 9 opérations), par Pilcher de Brooklyn (3 sur 5), par sir Thompson de Londres (7 sur 14) et la statistique de tous les hôpitaux de Paris pris collectivement (30 sur 100), on compte parmi les adversaires de la trachéotomie les noms illustres de Dessault et Bouchut en France, de Williams, Cheyne, Stokes, Ryland et Porter, en Angleterre, et de Dewees, Stewart et Eberle en Amérique. Cependant il n'est pas douteux que la grande majorité des chirurgiens considèrent la trachéotomie comme une opération légitime.

L'arbre respiratoire peut être ouvert à différentes hauteurs.

La laryngotomie thyroïdienne consiste à diviser le cartilage thyroide exactement sur la ligne médiane. Cette opération ne se pratique que pour l'extraction de corps étrangers siégeant à ce niveau ; la pratiquer pour le croup ou la diphthérie serait s'exposer inutilement à blesser les cordes vocales et l'ouverture se trouverait presque toujours au-dessus du point obstrué par les fausses membranes.

La laryngo-trachéotomie, par laquelle on divise la membrane crico thyroïdienne, le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, a l'avantage d'exposer moins que les autres méthodes à l'hémorrhagie.

La trachéotomie par la haute opération qui consiste à diviser les quatre premiers anneaux de la trachée.

La trachéotomie au-dessous de l'isthme du corps thyroide, qui assure le mieux l'ouverture au dessous de l'obstacle mais qui expose le plus à l'hémorrhagie et qui est difficile d'exécution à cause de la situation profonde de la trachée à ce niveau.

Ces différentes opératinos peuvent être pratiquées par la dissection comme nous l'a enseigné Trousseau, ou par le procédé rapide de Chassaignac et de St Germain. Le premier de ces deux procédés est le plus généralement suivi pour la raison que l'opérateur voit mieux ce qu'il fait et peut éviter de blesser les vaissaux si nombreux et si variables dans leur trajet qui recouvrent la trachée, mais d'un autre côté l'opération pour être pratiquée convenablement exige un temps relativement considérable que l'état du malade ne laisse pas toujours à la disposition du chirurgien, et requiert des connaissances anatomiques que ne possèdent pas la plupart des praticiens.

Si par le procédé rapide on agit plus ou moins à l'aveugle, il faut aussi tenir compte que dans la laryngotrachéotomie telle que préconisée par M. St. Germain il y a peu à craindre de l'hémorrhagie et que l'évidence des points de répère, la

rapidité de l'opération qui dispense de l'emploi du chloroforme, la simplicité du manuel opératoire élaguent bien des difficultés et mettent l'opération à la portée de tous les praticiens, avantages inestimables quant il s'agit d'une opération d'urgence. A tout prendre ne vaut-il pas mieux s'exposer à voir mourir quelques enfants d'hémorrhagie que de les abandonner tous à une mort presque inévitable, faute de connaissances anatomiques. Dans notre pays surtout on n'a pas toujours un chirurgien sous la main.

Le thermo-cautère et le galvano-cautère, employés depuis quelques années, mettent il est vrai à l'abri de l'hémorrhagie, mais on reproche au premier, à tort d'après Boeckel, d'être une cause de rétrécissement de la trachée, et ces instruments ne sont pas à la portée de toutes les bourses et ne se trouvent pas toujours sous la main.

On est généralement d'opinion que la trachéotomie ne vaut pas la peine d'être tentée dans le croup chez les enfants au-dessous de deux ans, cependant des cas de succès à un âge beaucoup moins avancé peuvent être cités en assez grand nombre : Scoutett en opéra avec succès son propre enfant âgé de six semaines ; Bell, d'Edimbourg, réussit chez un enfant de six mois et demi ; Greenfield chez un enfant de dix mois ; Forster chez un enfant de onze mois ; tout récemment enfin, Steinmeyer a réussi chez un enfant de neuf semaines. Il ne faut pourtant pas donner à ces cas isolés plus de valeur qu'ils n'en comportent, car les statistiques nous prouvent à l'évidence que la mortalité à la suite de la trachéotomie est de beaucoup plus élevée au dessous de deux ans qu'à un âge plus avancé. L'âge le plus favorable paraît être de 3 à 5 ans, le succès diminuerait après l'âge de 7 ans suivant quelques auteurs. Cependant le Dr Mastin (*Annals of Anatomy and Surgery*, avril 1881) tire de l'analyse d'un grand nombre de trachéotomies des conclusions bien différentes, à savoir : De 7 à 8 ans inclusivement, 1 succès sur 1 5/7 opérations ; de 6 à 7 un succès sur 2 3/5 ; de 3 à 5, un succès sur 3 1/8 ; de 2 à 3, un sur quatre. Depuis la naissance jusqu'à l'âge de deux ans inclusivement, 1 succès sur 4 2/10 ; de 6 à 18 mois inclusivement, un sur 5 1/4, de 8 à 9 ans 1 sur 3 1/2.

De ces statistiques il résulterait donc que l'âge du sujet n'est pas une contre indication à la trachéotomie dans le croup.

Une dernière question non moins vivement discutée que les autres est celle qui se rapporte aux moyens de maintenir béante l'ouverture faite à la trachée. Je me contenterai d'en indiquer les principaux.

Le plus usuel est sans contredit la double canule courbée en

quart de cercle de deux pouces à deux pouces et un quart de longueur et d'un diamètre proportionné à l'âge du sujet. Trousseau recommande l'emploi de grosses canules. Ripley de New-York se sert habituellement d'une canule de cinq seizièmes de pouce de diamètre, il a même employé deux fois une canule de cette grosseur chez des enfants âgés de moins d'un an. Par contre il l'a employée chez deux adultes et l'a trouvée amplement suffisante. Le Dr Bloch de Copenhague est plus explicite, comme on le voit par le tableau ci-dessous que le *Annals of Anatomy and Surgery*, reproduit du *Hospitals Tidende*.

Numéro.	Age.	Circonférence.		Diamètre.	
0	1 an	17	m.m.	$5\frac{2}{3}$	m.m.
1	2 ans	21	"	7	"
2	3 "	24	"	8	"
3	5 "	27	"	9	"
5	7 "	30	"	10	"
Au dessus de 7	"	41–47	"	$10\frac{1}{3}$–$15\frac{2}{3}$	"

Il conseille particulièrement d'avoir sous la main les trois moyennes. Thomas dans son traité " des opérations d'urgence " conseille des dimensions qui se rapprochent de celles-ci, quoique un peu moindres.

On reproche avec raison à ces canules de produire des ulcérations sur les parois antérieure et postérieure de la trachée. Pour obvier a cet accident Roger a imaginé une canule mobile sur son pavillon, et dont le corps suit les mouvements de la trachée. Parker, de Londres, remplace la courbure en quart de cercle par une courbure angulaire plus en rapport avec la direction de la trachée. Le Dr Little (*Société de chirurgie de New York*), emploie une canule en quart de cercle dont le corps est fenêtré à la partie moyenne de sa face convexe. Cette modification permet au malade de parler, avantage considérable surtout dans les cas où on est obligé de laisser la canule en place pendant longtemps et prévient la paralysie passagère des muscles du larynx, paralysie ou défaut de synergie qu'on observe assez souvent quand on emploie la canule ordinaire. En outre cette fenêtre permet de constater sans enlever la canule si la glotte est désobstruée et retarde ou prévient les accidents dus à l'obstruction de la canule.

Pour prévenir les ulcérations de la trachée on a voulu remplacer la canule métallique par une canule en caoutchouc vulcanisé, malheureusement ces canules sont comparativement trop volumineuses à cause de l'épaisseur de leurs parois qui deviennent trop fragiles si on les fait trop minces.

On a tenté différents moyens pour se dispenser de l'usage

de la canule. Ainsi Brainard après avoir divisé les tissus fait à la trachée une ouverture ovale en emporte pièce qui rend la canule inutile ; Martin, de Boston, fait l'ouverture linéaire classique et ligature séparément chacune des lèvres de la plaie avec un fil solide qui traverse le bord divisé de la trachée et les tissus mous qui le recouvrent. Le bout de chacun de ces fils est attaché à l'extrémité correspondante d'une bande élastique qui entoure le cou et à laquelle on donne une tension suffisante pour maintenir la plaie béante, tout en lui permettant de s'accommoder aux changements de volume et de position imprimés aux parties par la respiration ou la toux.

Enfin on s'est servi dans le même but de deux broches à cheveux, (de celles dont se servent habituellement les femmes). On en recourbe en crochet l'extrémité arrondie, on roule en forme d'anneaux chacune des extrémités libres et il ne reste plus qu'à introduire les crochets dans la plaie, un sur chaque lèvre et à fixer le lien aux anneaux des extrémités opposées. Quoique ces derniers procédés n'aient pas été encore bien employés et qu'ils présentent plus d'un inconvénient, il n'est pourtant pas inutile de les connaître, car ils trouveraient parfaitement leur indication dans le cas où le médecin n'aurait pas de canules à sa disposition. A. L.

—

Extirpation du poumon. — L'expérience clinique a prouvé qu'il est possible d'enlever avec succès et sans abolir la fonction, l'un de tous les organes pairs internes ; le testicule, l'ovaire, le rein et même les centres de l'encéphale, s'il faut s'en rapporter aux récentes expériences de M. Munk. Bien plus, les organes impairs les plus importants sont susceptibles d'être morcelés ou enlevés comme nous le prouve l'opération de Billroth qui réséqua avec succès les deux cinquièmes de l'estomac, celle de Kœberlé qui a enlevé deux mètres d'intestin, l'extirpation du larynx, du pharynx et de la rate. Nous voyons tous les jours des phthisiques complètement privés de l'usage de l'un des poumons mais jusqu'aujourd'hui l'audace des chirurgiens allemands avait reculé devant l'idée d'extirper un de ces organes. Il y a déjà une dizaine d'années que le Prof. Mosler, de Griefswald, conçut et exécuta l'idée d'ouvrir et de drainer les cavités purulentes du poumon chez les phthisiques et malgré que le succès n'ait pas couronné cette brillante tentative on propose d'aller plus loin encore et d'extirper l'organe en entier.

Le *Cincinnati Lancet and Clinic* reproduit à ce sujet une

communication de Gluck au Berliner Klin-Wochenschrift (1881 No. 44).

L'auteur appuie sa suggestion sur des expériences faites avec succès sur les animaux. Il commença d'abord par ligaturer le pédicule de l'un des poumons chez toute une série d'animaux (six chiens et quatorze lapins). Grâce aux précautions opératoires et antiseptiques, la plaie guérit par première intention. Deux des animaux moururent subitement par arrêt du cœur, tous les autres survécurent aux effets immédiats de l'opération. Chez plusieurs qui moururent six ou huit semaines après, le poumon présentait l'aspect d'une masse caséeuse et les vaisseaux ligaturés avaient guéri par première intention. Un des plus gros lapins est encore en parfaite santé un an après la ligature de son poumon droit.

Encouragé par le succès, Gluck ne voulut pas rester en aussi bonne voie. Après avoir largement réséqué les côtes et découvert le pédicule pulmonaire de manière à pouvoir appliquer des sutures profondes et à réduire d'autant la capacité du thorax, il enleva le poumon. Dans aucun cas il n'y eut d'hémorrhagie secondaire. Entre le septième et le dixième jour quelques-uns des lapins moururent de péricardite et de pleurésie, mais l'auteur a encore en sa possession deux de ces animaux dont la plaie guérit sans réaction, en dix jours. Il n'y eut ni hémorrhagie ni aucun autre symptôme alarmant et après trois mois les survivants sont aujourd'hui en parfaite santé.

Gluck conclut de ces expériences que l'extirpation du poumon chez le lapin peut évidemment être suivie de succès et que la même opération pourrait être justifiable chez l'homme dans les cas d'abcès ou de gangrène du poumon, de bronchiectasie et de cavités tuberculeuses, de tumeurs et de traumatismes du poumon. Il applique au traitement des maladies du poumon, l'axiôme antique : *Ubi pus, ibi incisio ; ubi hæmorrhagia, ibi ligatura ; ubi tumor, ibi extirpatio*, et caresse l'idée que l'extirpation du poumon sera bientôt sanctionnée par la science chirurgicale. A. L.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

L'opération de Porro. — L'opération dite de Porro a été pratiquée pour la septième fois à l'hôpital Ste Catherine de Milan par le Dr Paolo Negri, second assistant à l'Ecole royale

d'obstétrique. C'est le cinquième succès que les chirurgiens de cet hôpital ont à enregistrer en faveur de cette opération. Dans le cas présent il y avait *malacosteon* avec difformité considérable du bassin. L'opération fut pratiquée le 9 octobre. Au bout de deux semaines, la guérison était regardée comme assurée. Ceci donne, pour l'Italie seulement, 34 opérations de Porro et 13 guérisons. Les sept cas de l'hôpital Ste-Catherine se sont terminés comme suit :

1	Difformité	par	rachitisme	Prof. Chiara	femme	morte	Enfant	vivant
2	"	"	"	" "	"	"	"	"
3	"	"	malacosteon	" "	"	guérie	"	"
4	"	"	rachitisme	" Mangiagalli	"	"	"	"
5	"	"	"	" Chiara	"	"	"	"
6	"	"	"	" Mangiagalli	"	"	"	"
7	"	"	malacosteon	" Negri	"	"	"	"

(*Medical News*, janvier 1882.)

—

Nous empruntons au *Médecin Praticien* du 24 décembre 1881 l'extrait suivant d'une clinique de M. le PROF. DEPAUL sur deux sujets importants de tocologie pratique :

1° **Délivrance artificielle sept heures après l'accouchement.**—Hier matin, vers 10 heures, on nous a apporté la jeune femme que vous avez vue au numéro 12. Elle a vingt-cinq ans et avait déjà eu un premier enfant à terme. Celui dont elle vient d'accoucher était probablement aussi à terme ; mais comme l'accouchement a eu lieu chez elle et que l'enfant a été aussitôt envoyé en nourrice, nous n'avons pas de renseignements précis sur ce point.

L'enfant était né à 3 heures du matin, et c'est à 10 heures qu'on nous a apporté la mère parce qu'on n'avait pas pu la délivrer.

Lorsqu'elle nous est arrivée, le col n'était plus très ouvert, il n'était cependant pas fermé. On avait fait des tentatives de délivrance en tirant sur le cordon, mais voyant que l'on éprouvait des difficultés, on avait abandonné la partie; heureusement, il n'y avait pas eu de seigle ergoté administré, ce qui, en somme, laissait les choses dans des conditions relativement meilleures.

M. Ribemont, chef de clinique, a essayé de faire la délivrance en tirant sur le cordon, mais, voyant qu'il n'y pouvait pas parvenir, il n'a pas hésité à introduire la main dans l'utérus, et il en a retiré le délivre sans trop de difficultés.

Le placenta en est raquette, c'est-à-dire que le cordon est inséré sur son bord.

De ce fait nous devons tirer les conclusions suivantes:

Lorsqu'on ne peut pas délivrer une femme par les moyens ordinaires, il est indiqué formellement de ne pas abandonner cette femme pendant sept heures.

Si la personne qui a accouché cette femme eût été suffisamment instruite, elle aurait fait ce qu'à fait M. Ribemont.

Malheureusement il y a encore bien des sages-femmes et bien des médecins qui ne sont pas très experts en accouchements et qui, par leur manque d'expérience, peuvent exposer les femmes à de grands dangers.

Certainement, ce que M. Ribemont a pu faire sept heures après l'accouchement, on l'eût pu faire bien mieux et bien plus facilement au moment même de l'accouchement.

N'oubliez donc pas ce fait, pour en tirer profit dans l'occasion.

—

2° Application du forceps pour un cas d'insuffisance de contractions utérines.—La femme du numéro 18 était dans le service déjà depuis assez longtemps. C'est chez elle que j'ai fait une application de forceps pour insuffisance de contractions utérines.

Elle était en travail depuis quarante et une heures et demie, et rien n'avait été essayé qui eût pu la fatiguer.

Il y avait dans cette situation, trois partis à prendre: laisser faire, donner du seigle ergoté, enfin en faire une application de forceps. Nous nous étions assurés que l'enfant était plein de vie.

J'ai préféré avoir recours au dernier de ces moyens, ne serait-ce que pour vous donner un bon exemple.

En effet, peut-être aurais-je pu sans danger employer le seigle ergoté dans ce cas particulier, exceptionnel presque; mais comme, en principe, pour la plupart des cas je suis l'ennemi de ce procédé, je n'ai pas voulu m'en servir, même cette fois.

Du reste, ma conviction est qu'il y a moins de danger à employer le forceps (lorsque c'est possible) qu'à donner du seigle ergoté.

Les choses se sont passées le plus simplement du monde, et nous avons eu rapidement un enfant vivant.

—

Mutilation de l'ovaire " in situ."—Le *Medical and Surgical Reporter* nous fournit la note suivante:

Le Dr Johnson, de Durham N. C., rapporte dans le *North*

Carolina Medical Journal, le cas d'une femme âgée de trente-cinq ans qui souffrait d'une violente névralgie de l'ovaire droit, qu'aucune médication ne put soulager, et qui nécessita l'ovariotomie.

A l'opération, l'ovaire fut trouvé adhérent fortement à la partie postérieure, près du côté droit du sacrum. Le chirurgien craignant de déchirer une adhérence aussi étendue, et étant dans l'impossibilité d'employer le couteau ou la ligature dans un espace aussi restreint, il fut décidé d'enlever à l'organe malade sa vitalité par la mutilation au moyen des doigts, ce qui fut fait, et l'organe fut laissé en place.

La cavite péritonéale fut ensuite nettoyée au moyen de l'acide carbolique, les intestins replacés, et l'incision abdominale refermée avec les précautions antiseptiques ordinaires, comme après l'opération de l'ovariotomie.

Le matin suivant la température marquait 101°, le pouls 104. Une nourriture liquide fut administrée *pro re nata*; l'acide carbolique continué, trente gouttes d'opium données trois fois par jour.

La température et le pouls s'élevèrent graduellement jusqu'au cinquième jour; le matin, température 103°, pouls 124; le soir, température 103° 5, et pouls 130. Puis graduellement aussi tout revint à l'état normal dix-huitième jour après l'opération.

Le douzième jour on cessa de donner l'opium, et un léger lavement chaud produisit une bonne action des intestins.

A tous les points de vue l'opération a été un succès.

—

Les indications de l'emploi de la morphine dans la fièvre puerpérale.— Nous traduisons du *Medical and Surgical Reporter* la note suivante :

Le Dr L. McFarlane, de Toronto, qui considère les injections hypodermiques de morphine comme un remède très efficace dans le traitement des convulsions puerpérales, donne les raisons qui lui ont inspiré cette confiance, dans le *Canadian Journal of Medical Science* du mois de décembre 1881.

La cause principale des convulsions est l'anémie du cerveau accompagnée d'une irritation exagérée et d'un épuisement général de tout le système nerveux; cet épuisement résulterait d'un surcroit d'activité du cœur par la circulation du fœtus.

La morphine augmente la circulation du sang dans les centres nerveux, et, par son action calmante, tient le cerveau en

repos, ce qui a pour effet de donner du ton aux fonctions vitales.

L'action de la morphine dans les convulsions puerpérales soit dès les premiers symptômes, soit pendant les attaques, est tellement prompte et efficace, qu'il faut être bien sceptique pour ne pas se rendre à l'évidence de son utilité.

L'administration des préparations opiacées par l'estomac n'a pas sa raison d'être, vu que ce dernier organe, malade lui-même, empêche l'absorption qui doit être prompte.

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Lint à l'iodoforme.—On commence par préparer la solution d'iodoforme d'après la formule suivante :

P. Iodoforme	4	gram.
Ether	20	—
Huile de fenouil	1	—
Alcool dilué	40	—
Glycérine	40	—

Faites dissoudre l'iodoforme dans l'éther, auquel on unira l'huile de fenouil et l'alcool mélangé. Ajoutez la glycérine.

Trempez alors le lint dans cette solution avec les proportions suivantes :

Lint	10	parties
Solution d'iodoforme	25	—

Incorporez en triturant et en foulant dans un mortier.

Se prépare au moment des besoins, et il suffit de l'exposer quinze minutes à l'air pour que l'éther s'évapore.—(*New Remedies.*)—*Siècle médical.*

Constipation habituelle.—

P. Extrait de Belladone	gr.	$\frac{1}{4}$
Podophilline	"	$\frac{1}{6}$
Extrait de noix vomique	"	$\frac{1}{4}$
Extrait de coloquinte comp.	"	1

M.—Pour une pilule.

A prendre le soir au moment du coucher.

Gonorrhée.—Le Dr J. A. Stites, de Belmont (Nevada), recommande la formule suivante :

P Sulfate de morphine..... gr. iv
Acétate de plomb.
Acide tannique..... ..... ãã ℈i
Sous nitrate de bismuth..... ℥i

M.—Enduire de glycérine un cathéter nº 10 ou 12, puis le saupoudrer de ce mélange et l'introduire dans l'urèthre, matin et soir. Avec cela, le malade devra observer le decubitus dorsal ; repos absolu ; diète légère ; usage du bromure de potassium à haute dose à l'intérieur ; comme boissons, la tisane de graine de lin *ad libit.*—(*Therapeutic Gazette*, décembre 1881.

—

Chancroïdes.—

P. Acide salicylique..... .. 2 gram
Glycérine .... 100 "

M.—En application sur le chancre.

Quand le bubon virulent a été ouvert et converti par là même en un vaste chancroïde, on peut le traiter avantageusement au moyen de la lotion précédente.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, FEVRIER 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET E. H. DESROSIERS.

La variole aux Etats-Unis.

Le "Le National Board of Health" vient de déclarer la variole épidémique aux Etats-Unis. Les rapports officiels démontrent que presque toutes les villes et villages du New-England et des Etats du centre de la République en sont infectés. Tous les grands centres et surtout Chicago, l'entrepôt d'où l'immigration se deverse dans les plaines de l'Ouest, sont décimés par la maladie.

La ligue nationale des anti-vaccinateurs d'Angleterre va trouver là, sans doute, un thème inépuisable et ne manquera pas de trouver pour le moins étonnant, peut-être tout naturel, qu'un pays aussi jennérien soit ravagé par la variole. Il y a pourtant à cela une explication que nous donne le *Chicago Medical Review*. L'immigration aux Etats-Unis se chiffre chaque année par millions ; Chicago pour sa part a été traversé en 1881 par près de 400,000 émigrants. Or c'est la ville qui a le plus souffert de l'épidémie qui semble suivre le courant de l'émigration et prendre avec les nouveaux citoyens droit de cité dans toutes les parties de la République. Au moins 30 pour cent de cet excédant européen est susceptible d'infection variolique et contribue à répandre le fléau.

Le vingt-sixième rapport annuel du Bureau d'Education démontre que la population quotidienne des écoles publiques a été, en 1877, de 39,494 ; en 1878, de 41,469 ; en 1879, de 43,341 ; en 1880, de 45,076 ; en 1881, de 50,000, et cependant telle a été l'influence protectrice du vaccin que sept cas de variole, seulement, y ont été constatés pendant ces cinq années. C'est là un argument sans réplique dont il est facile de tirer profit dans la circonstance actuelle ; et nos voisins ne l'ignorent pas, le remède le plus efficace à l'épidémie c'est la

quarantaine maritime, mesure de protection plus nécessaire chez eux que dans aucun autre pays civilisé et dont le défaut est une des plus grandes lacunes du code de la République modèle.

Les Bureaux de santé d'Etat et locaux tout en étant mieux organisés que les nôtres sont pourtant susceptibles de beaucoup d'améliorations, et là comme ici on semble s'occuper plutôt de vivre vite que de vivre longtemps. Le *Medical and Surgical Reporter* reproche aux législatures d'Etat l'indifférence et l'inertie dont elles font preuve en fait de matière ssanitaires; certes, sous ce rapport, nous avons tout lieu de croire que nos législateurs sympathisent avec leurs confrères américains.

Montréal, à peine débarrassé d'un fléau qui l'a couvert de deuil et a paralysé son commerce, se voit de nouveau menacé, par voisinage, de passer par la même épreuve. Nous est-il permis d'espérer que l'expérience de la République américaine, surajoutée à la nôtre, déterminera enfin un pas vers le progrès sanitaire.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 14 décembre 1881.

M. le Dr J. A. Laramée, président, au fauteuil.

Lecture et adoption des minutes de la dernière séance.

M. le Dr Lamarche, au nom du comité chargé d'examiner le projet de loi concernant la santé publique, fait rapport que le comité, après avoir étudié ce projet de loi, est d'avis que l'on a donné à celui ci une portée trop considérable, et que l'on devrait d'abord songer à élaborer une loi sanitaire pour la province seulement, sauf à obtenir plus tard une législation pour toute la puissance. Le comité conclut à ce que le projet de loi en question soit refondu et amendé dans le sens indiqué.

Le rapport du comité est adopté.

M. le Président quitte ensuite le fauteuil où il est remplacé par le premier Vice-Président, et donne lecture d'un travail élaboré sur les "*lésions valvulaires du cœur.*" (1).

M. le Dr Foucher demande à M. Laramée s'il a eu quelqu'occasion de constater des troubles du côté de la vision dans le cours des maladies organiques du cœur qu'il a été appelé à traiter.

---

(1) Nous publions ce travail dans notre présent numéro.

M. le Dr Laramée répond négativement.

M. le Dr H. E. Desrosiers rapporte un cas où il a constaté un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec insuffisance mitrale chez une personne qui, quelques jours auparavant, avait été subitement frappée d'amaurose siégeant à l'œil droit. Cette amaurose persista pendant quatre ou cinq heures et fut suivie de guérison complète. Cette même personne avait depuis un an perdu l'usage de son œil gauche devenu soudainement amaurotique de la même façon que l'œil droit. La patiente avait souffert de rhumatisme articulaire aigu dix ans auparavant.

M. Foucher déclare avoir examiné la malade dont a parlé le Dr Desrosiers. Le fond de l'œil droit était absolument normal, à l'exception des veines qui étaient congestionnées et tortueuses. Du côté gauche le nerf optique était atrophié et les vaisseaux filiformes.

Après quelques remarques de MM. les Drs Dagenais, S. Lachapelle et Lamarche, la séance est levée.

Petite correspondance.

Dr A. H.—Quel est le meilleur traitement du charbon ?

R.—Trois indications dans cette maladie:

1° Détruire la bacterie qui constitue le charbon ;

2° Stimuler l'organisme affaibli par l'empoisonnement;

3° Tonifier rapidement dès que les signes de l'empoisonnement sont disparus.

Pour détruire la bacterie deux médicaments sont également recommandés: l'iode et l'acide carbolique, intrà et extrà.

Les formules suivantes pourront être employées:

Iode	grs. v.
Eau	lbj.

En injection hypodermique et à l'intérieur.

Acide carbolique.	ʒ I.
Eau.....	lbj.

En injection hypodermique.—A l'intérieur, l'iode préférablement.

Ces injections pourront être plus fortes ; ainsi on peut augmenter la dose d'iode jusqu'à un scrupule par livre; seulement il ne faut pas oublier d'ajouter la même quantité d'iodure de potassium pour faciliter la solution de l'iode. Aucun accident ne survient par l'augmentation de l'iode employé localement.

Les solutions plus concentrées seront employées dans la zône morbide environnant la pustule ; les solutions plus faibles dans la zône plus éloignée. A l'intérieur on pourra donner la préparation indiquée dans la formule ci-dessus, dans les vingt quatre heures; trois ou quatre cuillerées à soupe toutes les deux heures.

L'acétate d'amoniaque à haute dose comme stimulant dans la deuxième période.

Dans la troisième, les toniques les plus choisis.

Bibliographie.

A Manual of Ophthalmic practice by HENRY S. SCHELL, *Philadelphia : D. G. Brinton*, 1881.

Le but de l'auteur a été d'exposer brièvement les principes de l'ophthalmologie actuelle, et les méthodes de traitement qui ont paru lui donner les meilleurs résultats. Le cadre restreint du manuel a fait négliger les références aux autorités et à l'histoire de la science. Les illustrations, nombreuses, qui ne sont pas originales, ont été reproduites de *Landolt, Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux ; Manuel d'ophthalmoscopie ; Gray, Traité d'anatomie ; Wells & Stelwag.*

Nous aurions désiré trouver, au bas de chaque gravure, le nom de l'auteur et de l'ouvrage d'où elle a été reproduite.

Le livre contient la feuille des échelles de Snellen, à l'usage des lettrés, qui peut être détachée, collée sur un carton, et placee dans un endroit convenable de la salle de consultation, pour servir à déterminer l'acuité visuelle. Dans le court espace de 250 pages, divisé en quatorze chapitres, l'auteur a traité toutes les principales questions de l'ophthalmologie.

On trouve, à l'article conjonctivite, la description relativement détaillée, d'une variété de conjonctivite catarrhale que l'on rencontre surtout à l'automne.

N'est-il pas préférable, surtout dans les manuels, de simplifier le plus possible la division des inflammations d'une même

membrane de manière à éviter la confusion en ne séparant pas des types cliniques qui doivent rester unis? C'est l'idée qui nous vient lorsque nous ouvrons un ancien traité d'ophthalmologie, où l'on consacre un chapitre spécial à l'*ophthalmie contagieuse*, *épidémique*, *militaire*, *d'Egypte*, *granuleuse*, *purulente*, *blennorrhagique*, *des nouveaux-nés*, *rubéolique*, *variolique*, *érysipélateuse*, maladies qui se cadrent dans les inflammations catarrhales, purulentes ou granuleuses de la conjonctive, sans égard au pays, à la profession de ceux chez qui elles se développent, ni à la maladie avec laquelle elles co-existent. Rien ne justifie cette abondance de divisions et de subdivisions subtiles que ne confirme pas l'anatomie pathologique.

Pour cette raison l'*autumnal conjonctivitis* de M. Schell peut figurer à côté de la *conjonctivite lacrymale* de M. Galézowski.

Sous le titre de *Trachoma*, *follicular conjonctivitis*, *granular lids*, l'auteur a réuni dans une même description, comme étant une seule et même affection, la conjonctivite folliculaire et granuleuse. Beaucoup d'auteurs, parmi les plus recommandables, voient une différence marquée entre ces deux états de la conjonctive. De Wecker, entr'autres, différencie, de la manière suivante, la conjonctivite granuleuse de la conjonctivite folliculaire: les follicules sont transparents, vésiculeux, leur forme est arrondie, leur volume plus considérable que celui de la granulation, les follicules se localisent plus spécialement vers la paupière inférieure, guérissent sans laisser de trace et ne provoquent pas de lésions secondaires du côté de la cornée. La granulation se localise à la paupière supérieure, provoque des lésions cornéennes et se transforme, sur place, en tissu cicatriciel.

Il y a là une question de pathologie à résoudre; M. Schell n'avait pas l'espace suffisant pour exprimer son opinion sur ce sujet.

Dans le traitement de l'ophthalmie purulente il n'est fait aucune mention des cautérisations de la conjonctive à l'aide du crayon mitigé. L'auteur rejette sans doute cette pratique, introduite par Desmarres, et acceptée par la majorité des ophthalmologistes.

Les maladies du fond de l'œil ont été traitées brièvement, comme on doit s'y attendre de la part de celui qui a pour but, en écrivant, de vulgariser les connaissances ophthalmologiques qui peuvent être le plus souvent utilisées en pratique.

En résumé, le livre de M. Schell est un recueil de notes cliniques, pouvant servir de complément à des ouvrages plus détaillés sur l'ophthalmologie. A. A. F.

Brochure reçue.

" The Skin in health and disease, with treatment, classification and notes on diet and Hygiene, " by L. DUNCAN BULKLEY, M. D., un joli petit manuel de 150 pages destiné aux étudiants. La forme concise et pratique de ce petit livre, son prix modique et surtout le nom de son auteur, le recommandent à l'attention des élèves.

En vente chez P. Blackiston, 1012 Walnut St, Philadelphia. Prix, cartonné 50 cts, broché 30 cts.

NOUVELLES MÉDICALES.

Bureau de Santé Provincial.—Le Dr Larocque, aidé des autorités civiques et d'un certain nombre de membres de la profession, est à préparer un projet de loi sanitaire qu'on se propose de faire sanctionner par la Législature à sa prochaine session. La nouvelle loi a pour objet l'organisation d'un Bureau de santé prouincial et de Bureaux de santé locaux dans toutes les villes, villages, municipalités, etc., de la province. Ces bureaux devront s'occuper, en outre des questions d'hygiène et de salubrité, de l'enregistrement des naissances, mariages et décès, et telles statistiques seront transmises par Bureaux locaux au Bureau provincial, qui sera chargé de les compiler.

Ces jours derniers M. le Procureur-Général a reçu, au bureau du gouvernement, les représentants du conseil de salubrité et des sociétés médicales française et anglaise qui ont examiné et discuté avec lui le projet en question. M. le Procureur a promis de s'en occuper activement et de le soumettre le plus tôt possible à ses collègues et de faire connaître, aux intéressés, en temps opportun, la décision du gouvernement.

Nominations.—MM. Gauthier, J. D., Joyal, A., Gagnier, Frs., et Prévost, W. ont été nommés *externes titulaires* à l'Hôpital Notre-Dame pour le terme commencé le 6 janvier dernier.

Le prof. Nicolas Pirogoff est décédé le 5 décembre 1881 en son château de Winnitza, en Podolie, à l'âge de 71 ans. Il était professeur de Chirurgie à l'Académie Médico-Chirurgicale de St Pétersbourg, et chirurgien de plusieurs hôpitaux. C'est comme chirurgien militaire que le prof. Pirogoff s'est principalement rendu célèbre. Tout le monde sait qu'il a attaché son nom à une méthode particulière d'amputation du pied.

Women's Hospital.—A une assemblée tenue ces jours derniers du Bureau médical de cette institution, le Dr F. W. Campbell a été élu président et le Dr Perrigo réélu secrétaire.

Les femmes médecins.—Sous ce titre nous lisons dans le *Journal de Médecine de Bordeaux :*

" L'Administration de l'Assistance publique de Paris vient de décider que les élèves en médecine appartenant au sexe aimable pourront dorénavant concourir pour l'Internat.

" C'est là une mesure libérale dont il convient de la féliciter. Si les femmes peuvent faire leurs études en médecine, elles doivent avec les inconvénients avoir droit aux mêmes avantages que les hommes. Mais, cette voie ouverte, il faudra aller jusqu'au bout et leur permettre aussi, une fois docteurs, de concourir pour les hôpitaux. Nous verrons donc des dames médecins ou chirurgiens des hôpitaux. Et l'agrégation, pourra-t-on la leur refuser ?

" Sans aller aussi loin dans l'avenir, constatons que la décision prise par l'Assistance publique est bonne. L'imitera-t-on à Bordeaux ? Nous le souhaitons. La question a été posée l'année dernière à l'Administration par une étudiante. L'Administration a répondu non. Paris donnant l'exemple cette fois, va-t-elle refuser à nouveau ? "

Nous croyons, pour notre part, que Bordeaux suivra l'exemple de Paris. Une fois lancés sur la voie de semblables réformes nos confrères d'outre-mer auront peut être quelque peine à s'arrêter. Combien cela doit réjouir le cœur de la citoyenne Louise Michel et des nombreux partisans des droits de la femme ?

VARIÉTÉS.

Les institutions médicales de New-York. — Nous extrayons à ce sujet, du *Maryland Medical Journal*, les renseignements ci-dessous :

"Bellevue Hospital," fondé en 1826, a actuellement 800 lits, mais peut faire place à 1200, la dépense annuelle en est de $100,000. Trois écoles de médecine sont attachées à cettt institution dont les matériaux cliniques ont immensémene contribué aux progrès de la science.

"Charity Hospital," sur Blackwell's Island, compte 1,000 lits. Il est divisé en départements dont un chirurgical, trois médicaux, trois de maladies vénériennes, un d'ophthalmologie, un de dermatologie, un de maladies du pharynx et du larynx et un de maladies de l'utérus. Trois médecins et chirurgiens sont attachés à chaque département et y font alternativement le service pendant deux mois. Il y a en outre un médecin interne assisté de 24 médecins et assistants. 7,045 patients ont été traités au "Charity" en 1880. Des leçons cliniques y sont données tous les jours par les professeurs des trois facultés médicales de la ville.

Le "New York Hospital" date de 1770, mais l'édifice actuel date de 1879. C'est l'hôpital fashionable de New-York. Il compte 150 lits et reçoit annuellement 2,400 patients. Les malades n'y sont pas admis gratuitement : ceux des salles communes y paient $1.00 par jour et les malades privés de $15 à $50 par semaine. Le coût d'entretien de l'établissement en a été en 1880 de $72,596.86.

Un musée et une bibliothèque publique de 12,000 volumes sont attachés à l'établissement.

Le "Nursery and Child's Hospital" fondé en 1870 se compose de quatorze pavillons et d'un édifice central. 1,075 patients y ont passé en 1880. La dépense en est de $68,591.

Le "Woman's Hospital of the State of New York." Hôpital de gynécologie de 120 lits dont 20 sont gratuits et le reste payés de $4 à $15 par semaine. Cliniques tous les jours, excepté le dimanche. En 1880-81 il y eut 634 patients internes et 6,415 externes. Dépense annuelle $37,000. C'est la pépinière et l'école des gynécologistes américains.

Le "Hospital of the New York Society for the relief of the ruptured and crippled," destiné aux enfants en nourrice, aux

femmes en couches et aux nouveaux-nés, a donné en 1881 des soins à 969 patients. Dépense annuelle $63,000.

Le " Roosevelt Hospital " ouvert en 1872 compte 180 lits. Il porte le nom de son fondateur et bienfaiteur.

Le " St. Luke's Hospital " ouvert en 1858 compte de 150 à 200 lits, dont 60 gratuits et coûte $66,000 par année.

En somme, New-York compte 54 hôpitaux et 32 dispensaires gratuits, dont les principaux sont :

Le " New-York Dispensary," 20,000 patients par année; " Demilt Dispensary," 18,000; le " North Eastern," 23,000; le " Out-Door Department of Mount Sinaï Hospital," 23,700.

Il y a en outre 26 Sociétés Médicales et un nombre considérable de corps scientifiques dont le plus important est le New-York Academy of Medecine," organisé en 1847 et composé de 350 membres. La bibliothèque compte 19,000 volumes et souscrit à 140 journaux domestiques et étrangers.

MARIAGES.

En cette ville, le 15 janvier dernier, à l'église St-Jacques, par M. l'abbé Sentenne, H. M. Barcelo, écr., M.D., à Dlle S. McKenna, du Nouveau-Brunswick.

A Ste-Anne des Plaines, le 17 janvier, M. le Dr Ferdinand St-Jacques à Mlle Marie-Odile-Alexina Latour.

DÉCÈS.

Le 19 janvier, à Ste-Cunégonde de Montréal, Marie-Antoinette-Blanche, âgée de 4½ ans, enfant de M. le Dr J. A. R. Léonard.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Blessure de la main, suivie de phlébite, abcès, &c, guérison.

Par P. H. Bernier, M. D., St-Pie, (Bagot).

Le 9 août 1880, j'étais appelé à donner des soins à M. S., cultivateur, âgé de 59 ans, pour une blessure à la main droite produite par un câble dont il se servait pour conduire un bœuf à la boucherie ; l'animal faisant un écart fit glisser violemment la corde entre deux doigts de la main. La douleur fut vive, atroce, comme celle produite par un fer rouge. Il va sans dire qu'il en résulta des symptômes inflammatoires intenses. L'inflammation bornée d'abord aux doigts gagna bieutôt la main où elle détermina une tuméfaction considérable. La face dorsale de la main prit une teinte violacée puis ne tarda pas à se couvrir d'une infinité de phlyctènes qui, en se rompant, laissaient voir une multitude de petites ouvertures d'où s'échappait un pus épais, lié, mais dépourvu de fétidité. Cependant la maladie, au lieu de prendre la forme franchement inflammatoire comme il était permis de l'espérer, prit un caractère malin, celui de l'anthrax, Toutefois, malgré la gravité des symptômes, cet état n'offrait rien de bien alarmant, et à l'aide d'une médication convenable, les progrès du mal furent arrêtés ; il survint un mieux sensible qui se continua de jour en jour, de sorte que le seizième jour après l'accident, la guérison était, sinon complète, du moins certaine dans un délai très court. Mais cette amélioration ne devait pas être de longue durée.

Comme les choses allaient bien, qu'il n'y avait plus que peu de soins à donner, on crût, pour des raisons d'économie, pouvoir se dispenser de mes services. La famille qui avait entendu parler de *la petite femme qui soigne les plaies* l'envoya quérir. Elle recommanda de laisser la main du patient exposée à l'air libre et de la laver légèrement de temps à autre, avec de *l'eau de petite épinette* en évitant avec soin d'enlever le pus ! ! .....

Je ne fus que quatre jours sans voir ce patient, et cepen-

dant, je fus frappé des ravages qu'avait faits la maladie depuis ma dernière visite. Une odeur infecte remplissait la chambre. La malpropreté des parties affectées était repoussante : les doigts et la main étaient excessivement tuméfiés et l'abondance et la fétidité du pus de plus en plus prononcées. Il y avait délire, mouvement fébrile, frissons, le tout indiquant la présence d'une fièvre pernicieuse. La stagnation du pus produisait ses effets habituels et le travail de l'absorption putride commençait. Cependant, au moyen d'un traitement énergique, les symptômes les plus alarmants diminuèrent d'intensité et les forces du malade se ranimèrent peu à peu.

Tout alla bien pendant quelque temps quand survinrent de petites douleurs à la face antérieure des deux avant-bras, et, chose singulière, elles furent plus précoces, plus prononcées et persistèrent plus longtemps dans le bras dont la main était saine que dans l'autre membre. Ces douleurs furent attribuées à une phlébite et durèrent environ deux semaines, après quoi l'état général s'améliora au point de donner au patient l'espérance d'en être quitte avec la maladie. Mais il n'en fut rien. Quelques jours après, il se plaignait d'une sensibilité à l'épaule gauche, qu'il attribua à sa manière de se coucher. A l'inspection on ne découvre rien de particulier ; la peau un peu chaude est de couleur normale ; la pression exagère la douleur qui persiste, s'accroît et se complique de tuméfaction. Au bout de quelques jours la palpation fait découvrir une fluctuation profonde, indécise, et la ponction, faite au moyen de l'aiguille hypodermique donne issue à un écoulement assez considérable de pus. Sous l'action d'un traitement local et constitutionnel convenable, la guérison fait alors des progrès satisfaisants et le malade est de nouveau animé par l'espoir d'un prochain retour à la santé, quand une autre douleur se manifeste à la partie postérieure de la cuisse gauche. Cette douleur en s'aggravant rend les mouvements plus pénibles. Après un temps assez long, comme dans le premier cas, on perçoit une sensation profonde et indécise de fluctuation. L'ouverture de ce second abcès fut faite de bonne heure, mais la guérison n'en eût lieu qu'après quinze jours de soins assidus.

Jusque là, la constitution du patient avait assez bien supporté le choc de la maladie, et rien ne vint, dans les jours qui suivirent, entraver la marche de la guérison. L'appétit et les forces du malade augmentaient notablement. Deux semaines plus tard, le malade commence à se plaindre de malaise à la région épigastrique et l'attribue à une indigestion. La langue est rouge et sèche, la fièvre se déclare et augmente rapidement. Le malaise épigastrique dégénère bientôt en une dou-

leur qui s'accentue de plus en plus et s'étend rapidement à tout le canal intestinal, principalement au rectum. A ce moment il se déclare une diarrhée accompagnée de fortes coliques et d'une sensation de chaleur intense à la région hypogastrique. Cette diarrhée fut, quelques jours après, suivie de dyssenterie. Ces deux affections, après avoir offert une résistance opiniâtre à toute médication cédèrent enfin, mais laissèrent le patient dans un état de prostration déplorable. L'appétit revint peu à peu cependant, et le malade qui gardait le lit depuis longtemps prit assez de forces pour pouvoir se lever et faire quelques pas dans sa maison. La convalescence conserva cette allure satisfaisante jusqu'au 12 octobre. Le matin de ce jour, le patient fut soudainement pris de rétention d'urine dûe probablement à l'inflammation dont le rectum avait été quelque temps le siége. Quoiqu'il en soit, l'application du catheter fut toujours assez facile et après dix jours de soins la miction se faisait naturellement. Ce dernier désordre heureusement, n'épuisa pas trop le malade. Mais le soir du deuxième jour il se manifesta un état fébrile accompagné de délire qui m'alarma beaucoup, et me fit craindre un commencement de fièvre uréthrale si redoutable en semblable cas ; par bonheur cet état ne se prolongea pas. Lorsque je vis le malade à ma visite du lendemain, ces symptômes étaient presque entièrement disparus à la suite de quelques heures de sommeil et deux ou trois jours plus tard il n'y en avait plus de trace. L'appétit ne tarda pas à revenir et la digestion à se bien faire. Les forces augmentèrent peu à peu et le patient put se lever. Cette amélioration se conduisant ainsi pendant près de quatre semaines, le retour à la santé sembla assuré cette fois, et je cessai de voir le malade. Ce laps de temps écoulé, il me fait dire que depuis quelques jours il n'est pas bien qu'il ne mange presque plus, qu'il a de la fièvre et qu'il souffre beaucoup d'une tumeur qui se forme dans l'aîne gauche. Alarmé de cette nouvelle complication, j'instituai le traitement ordinaire des abcès en voie de formation, mais sans résultat ; la tuméfaction augmentait toujours et tout allait de plus en plus mal. Je demandai alors à voir le patient afin de m'assurer de la nature du cas. Je constatai que cette tumeur sensible au toucher, lisse, luisante, d'un rouge violacé et de forme un peu conique occupait exactement le pli de l'aîne, la base en étant limitée par l'aîne et mesurant déjà environ trois pouces et demi dans son plus grand diamètre. Il n'y avait pas la moindre trace de fluctuation, au contraire la partie était d'une dureté remarquable, et de plus, très douloureuse. Des frissons violents parcourent les membres inférieurs. Il faut

bien l'avouer, nous ne sommes pas ici en présence d'une tumeur ordinaire et si l'on considère bien ses principaux caractères, sa malignité ne saurait être mise en doute, surtout si l'on tient compte des assauts donnés à la constitution par les carboncules, les abcès, affections gastro-intestinale et uréthrale, etc., il n'est pas étonnant que l'état vicié de la constitution ait donné lieu à des manifestations redoutables.

Au commencement de janvier 1881, la tumeur avait atteint son plus grand développement et présentait les caractères suivants. Sa forme était celle d'un cône très allongé dont la base occupait la plus grande partie de l'aîne. Son sommet atteignant le tiers inférieur de la cuisse donnait à la tumeur une longueur d'environ neuf pouces. Elle adhérait fortement aux tissus profonds et reposait sur l'artère fémorale. La sensibilité, la chaleur et la dureté de la partie avaient aussi beaucoup augmenté.

Le malade est à cette époque si affaibli qu'il ne peut plus quitter le lit et l'appétit est encore une fois entièrement disparu. En même temps, de fortes douleurs se déclarent à la face antérieure de la cuisse droite, douleurs qui font souffrir le malade presque autant que celles de l'autre membre. Ajoutons à cela de fortes sensations de froid dans les jambes, et une périostite très rebelle de l'arcade sourcilière gauche. L'amaigrissement est devenu excessif: le cas semble désespéré.

Le traitement qui, depuis quelques semaines, avait été peut-être trop négligé fut repris avec persévérance et énergie, tant localement que constitutionnellement, mais, trois semaines après, les choses étaient à peu près dans le même état. Il fut alors question d'une opération au sujet de laquelle je consultai un de nos plus habiles chirurgiens canadiens-français qui se mit d'une manière tout à fait courtoise et bienveillante à ma disposition. Mais avant d'en venir là, le malade étant dans une anxiété bien légitime sur le succès de cette opération, je fis appeler en consultation un de nos plus anciens praticiens du district de St-Hyacinthe. Nous fûmes parfaitement d'accord sur l'impossibilité presque absolue de la guérison, et que l'ablation de la tumeur était le plus court moyen de conserver la vie du malade; nous décidames qu'elle aurait lieu huit jours après, s'il ne survenait pas de mieux. Ce temps de répit fut activement employé à la médication, et, à l'expiration de ce délai, il sembla au médecin et au malade lui-même qu'il y avait une très légère amélioration. C'était bien peu, cependant c'en fut assez pour donner de l'espoir et pour nous engager à continuer le traitement sous l'influence duquel les symptômes s'amendèrent bientôt. La fèvre s'apaise, la rougeur et la sensibilité

de la tumeur sont moins prononcées ; il y a aussi moins de faiblesse. Mais cette légère amélioration qui ranime les espérances du malade et de sa famille est entravée par une sciatique du membre déjà si gravement affecté. Dans les premiers jours, les souffrances furent excessives et tout sembla aller encore pour le pis. Pourtant, vers la fin de la première semaine, il se manifesta un peu d'apaisement dans les douleurs. Ce soulagement s'accentua de plus en plus dans le cours de la semaine suivante, après quoi la névralgie disparut tout à fait : elle avait duré treize jours.

Pendant tout ce temps là le traitement de la tumeur avait toujours été poussé énergiquement. Le mieux, retardé pendant toute la première semaine de la sciatique prit enfin de semaine en semaine une allure plus franche et plus décidée. Il en résulta une diminution graduelle de tous les symptômes. La tumeur elle-même devint le siége d'un travail prononcé d'élimination, de manière qu'en mars, elle était réduite de près de moitié. Cette diminution bien que rapide se fit attendre longtemps vû la grosseur de la tumeur et il s'écoula encore de longs mois avant la disparition de celle-ci et le retour à une santé relativement bonne. Cet heureux évènement eut lieu au mois d'août 1881, après plus d'une année de maladie.

Avant de terminer, revenons sur certaines phases de cette observation. Tout d'abord il faut tenir compte de la multiplicité des accidents auxquels a donné lieu la blessure des doigts. On peut les résumer ainsi dans l'ordre de leur apparition. 1o inflammation de deux doigts; 2o propagation à la main, de l'inflammation qui prend le caractère de l'anthrax ; 3o phlébite se déclarant simultanément dans les deux bras ; 4o abcès à l'épaule ; 5o abcès à la cuisse ; 6o affection gastro-intestinale déterminée par l'état septique du système ; 7o rétention d'urine ; 8o sciatique ; 9o adénite énorme de la région inguinale dû à la septicémie ; enfin, 10o abcès multiples des doigts de la main affectée, abcès que je n'ai pas mentionnés plus haut et dont la guérison ne se fit qu'aut bout de trois.

Entre autres choses qui donnent un nouvel intérêt à cette observation, il est bon de faire remarquer l'erreur de lieu des manifestations morbides. En effet, pourquoi cette phlébite est-elle plus prononcée du côté sain que du côté affecté ? Pourquoi cette périostite de l'arcade sourcilière gauche ? Pourquoi ces abcès et cette adénite s'attaquent-ils au côté opposé à celui où le mal a originé. Cela paraît difficile à expliquer. S'il s'agissait de certaines affections du système nerveux, l'explication en serait plus aisée, tandis que dans ce cas-ci, la question semble infiniment plus difficile à résoudre.

En terminant, disons quelques mots au sujet du traitement,

Localement l'anthrax et les abcès furent traités par les applications émollientes, les incisions, la compression et les injections d'acide carbolique dilué fréquemment repétées; cependant, le carbonculo dans sa période de suppuration excessive fut traité au moyen d'incisions multiples et de cataplasmes de carotte arrosés d'acide nitrique dilué, qui rendirent de très bons services; l'affection gastro-intestinale fut combattue à sa période la plus aigüe, par les anodins les révulsifs et les injections rectales de teinture d'opium et de glycérine, et plus tard par les stimulants et la quinine; contre la rétention d'urine des injections d'eau chaude légèrement carbolisée furent faites après chaque cathétérisme; la sciatique fut traitée au moyen d'injections hypodermiques de morphine en solution dans l'acool dilué, l'éther ou le chloroforme et, à l'intérieur, les toniques et les stimulants. L'affection qui domine toutes les autres par son caractère de malignité et de ténacité ne fut d'abord combattue qu'au moyen de lotions de teinture d'iode et de cataplasmes émollients, ce qui n'empêcha pas l'adénite de se développer avec la plus grande rapidité.

Ce fut à cette phase de la maladie qu'il fut question d'opération, mais le malade toujours plein de courage, mit toute son espérance dans le traitement médical qui fut cette fois poursuivi avec toute l'énergie et la persévérance possibles. J'eus recours aux cataplasmes de farine de graine de lin recouverts d'un mélange de poudre de belladone et d'eau de graine de lin changés quatre ou cinq fois dans les 24 heures. Avant chaque application de cataplasmes, je faisais faire sur la partie malade des frictions prolongées avec l'onguent d'iodure de plomb uni à une petite proportion d'onguent de belladone; ensuite on pratiquait des lotions à la teinture d'iode composée, puis on appliquait le cataplasme.

A l'intérieur, la liqueur arsénicale, trois fois par jour, immédiatement après chaque repas, l'iodure de potassium, l'iodure de fer, la quinine, le citrate de fer et de quinine, des préparations d'huile de foie de morue etc., une alimentation riche et abondante et les stimulants administrés libéralement. La persévérante confiance du malade a été pour beaucoup, je n'en doute pas, dans les résultats obtenus.

Lésions valvulaires ou organiques du cœur,

par M. le Dr A. Laramée, Professeur de Clinique Interne à l'Université Laval, Montréal (1).

(*Suite*).

En vue d'aider à déterminer l'orifice malade et la nature de la lésion, je me permettrai de vous présenter le résumé suivant :

BRUITS DE SOUFFLE :

Maximum d'intensité à la pointe, 1er temps : Insuffisance auriculo-ventriculaire ;
Maximum d'intensité à la pointe, 2e temps : Rétrécissement auriculo-ventriculaire ;
Maximum d'intensité à la base, 1er temps : Rétrécissement artériel ;
Maximum d'intensité à la base, 2e temps : Insuffisance artérielle ;
Double bruit de souffle, à la base, 1er et 2e temps : Rétrécissement avec insuffisance aortique ;
Doubles bruits de souffle, à la pointe, 1er et 2e temps : Insuffisance avec rétrécissement auriculo-ventriculaire ;

On observe quelquefois des combinaisons différentes quand il y a un double bruit. L'un peut être à la base, l'autre à la pointe. Si c'est le premier qui est à la base, et que le second soit à la pointe, il y aura un double rétrécissement; si le premier bruit est à la pointe et le second à la base, ce sera une double insuffisance.

Les bruits de l'orifice mitral se font entendre au 5e espace intercostal, à la pointe du cœur.
" " tricuspide, à la base de l'appendice xyphoide.
" " aortique, au 2e espace intercostal droit, en dehors du bord droit du sternum.
" " pulmonaire, à la 3e articulation sternale, dans le 2e espace intercostal gauche, à côté du sternum.

Le bruit de souffle est ordinairemect limité à une si petite étendue qu'on peut le recouvrir avec le pavillon du stéthoscope. D'autres fois il est plus étendu, ainsi, dans quelques cas, on a pu entendre le bruit de souffle dans toute la poitrine, même en arrière et le long de la colonne vertébrale dans des lésions aortiques, c'est-à-dire que les bruits se propagent alors dans la direction de l'artère, mais il y a toujours un

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal.

endroit où le bruit anormal a son maximum d'intensité. Suivant la prédominance du rétrécissement ou de l'insuffisance, l'un ou l'autre des bruits peut prédominer ou bien l'un peut être difficile à saisir. Les bruits de souffle du premier temps ont lieu pendant la contraction du ventricule, c'est pourquoi on les appelle bruits systoliques, tandis que ceux du second temps ont lieu pendant la diastole d'où le nom de bruits diastoliques. Les bruits systoliques sont ordinairement bien marqués même dans des lésions faibles, mais les bruits diastoliques sont moins distincts et dans quelques cas, ils peuvent être nuls, même dans des lésions avancées, surtout chez le vieillard. En voici l'explication : par exemple, dans l'insuffisance mitrale, la colonne sanguine, vivement poussée par la contraction ventriculaire, doit se heurter énergiquement sur les inégalités des valvules tandis que dans le rétrécissement auriculo-ventriculaire par exemple, le sang est aspiré dans le cœur et il n'entre que la quantité de sang que l'orifice peut admettre ; d'un autre côté le sang n'est pas poussé *à tergo* d'une manière énergique par la contraction auriculaire, c'est pourquoi les bruits qui se passent au 1er temps sont plus communs et plus distincts que ceux qui ont lieu au 2e temps. Dans les derniers temps de la compensation, la force du cœur étant affaiblie, les bruits sont aussi affaiblis ou même quelquefois presque nuls pour la raison que l'ondée sanguine, frappant mollement sur les inégalités valvulaires, la vibration fait défaut comme le fait un instrument dont les cordes sont trop mollement touchées par l'archet. Il arrive qu'un souffle précède ou suive un peu le temps auquel il correspond ; ainsi Gendrin donne le nom *présystolique* au bruit avancé, *péristolique* au bruit retardé, pour le bruit du premier temps, et celui de *prédiastolique* au bruit avancé, *péridiastolique* au bruit retardé pour le bruit du second temps. Mais ces légères différences de temps n'ont pas une grande importance pour le diagnostic.

Parfois, le trouble du cœur est trop considérable pour qu'un premier examen puisse être utile ; il est nécessaire, dans ce cas, de conseiller un peu de repos au malade ; par contre, il faut, quelquefois faire prendre un peu d'exercice, car sans ces précautions les bruits anormaux ne se reproduiraient pas ou du moins seraient difficilement appréciables. Enfin, dans certains cas accompagnés de trouble pulmonaire, il est à propos de conseiller au malade de retenir sa respiration quelques instants, car sans cela, les bruits respiratoires pourraient l'emporter sur les bruits anormaux du cœur. Avant de terminer ce qui est relatif aux souffles, il est bon de savoir que dans quelques circonstances rares, des bruits de souffle, indépendants de la chlo-

rose, de l'insuffisance ou du rétrécissement, peuvent se présenter à l'observation. Râcle enseigne que le simple état de gonflement, de dépoli de l'endocarde, ou que des légères concrétions sanguines ou fibreuses peuvent donner lieu à un souffle à la base ou à la pointe, mais ces bruits simples ne s'entendent jamais qu'au premier temps.

Râcle est d'opinion que ces bruits se lient à quelque lésion de peu d'importance, ancienne, reste d'inflammations partielles de l'endocarde comme cela peut se rencontrer chez des personnes qui ont eu des rhumatismes, des fluxions de poitrine ou même des bronchites intenses et prolongées. Du reste, d'après cet auteur, on trouve rarement sur le cadavre des valvules saines, minces et translucides comme dans l'état normal. Il est inutile d'ajouter que les dilatations aortiques, les anévrysmes donnent aussi lieu à un souffle simple ou double, dont le siége est en général à la partie droite et en haut du sternum, à la base du col.

De ce qui précède nous pouvons donc conclure que l'auscultation dans les maladies organiques du cœur, est sans doute d'un grand secours mais que les phénomènes généraux ont encore plus d'importance dans le diagnostic de ces maladies. Pour diagnostiquer une lésion d'orifice ou de valvule il est nécessaire de s'appuyer non seulement sur les bruits anormaux du cœur mais aussi sur les phénomènes généraux ou sur les tracés fournis par le sphygmographe.

Ces notions générales posées, résumons les côtés saillants qu'offre l'histoire pathologique de chacune des lésions valvulaires, et pour atteindre ce but je ne crois pas mieux faire que de vous donner une description parallèle basée sur l'examen du cœur et du pouls comme suit :

LÉSIONS DE L'ORIFICE MITRAL.

Rétrécissement et insuffisance le plus souvent combinés.

Voussure et matité précordiales moins étendues que dans les lésions aortiques vû que l'hypertrophie porte spécialement sur l'oreillette gauche et bien tardivement sur le ventricule droit et l'oreillette droite.

Insuffisance pure : Tant que la compensation est parfaite, le pouls est seulement *petit*, mais dans le cas contraire, le pouls est, à la fois, petit, irrégulier, inégal et intermittent.

Rétrécissement pur : Pouls irrégu-

Comme l'insuffisance de la tricuspide donne lieu à la stase la plus élevée dans les veines de la grande circulation, on doit considérer cette lésion, parmi toutes les lésions valvulaires, comme étant celle qui conduit le plus rapidement à la cyanose et à l'hydropisie.

LÉSIONS DE L'ORIFICE AORTIQUE.

Insuffisance et rétrécissement souvent combinés ; insuffisance pure plus fréquente que le rétrécissement pur.

Voussure et matité précordiales plus étendues, surtout dans l'insuffisance, vû l'hypertrophie remarquable du ventricule gauche. La pointe

lier quand la compensation fait défaut, mais dans le cas contraire, le pouls tout en étant petit et faible comme dans l'insuffisance, peut néanmoins être régulier.

N. B. Comme l'insuffisance et le rétrécissement sont ordinairement combinés, voyons l'état du pouls dans l'*Insuffisance et rétrécissement :* Le pouls est petit, vû que la lésion mitrale diminue le volume de l'ondée sanguine chassée dans l'aorte ; il est inégal et irrégulier, vû, d'après Stokes et Peter, que les contractions du ventricule gauche n'ont pas une égale énergie, vû l'altération musculaire du cœur ; enfin il est intermittent, une ou plusieurs pulsations pouvant faire défaut.

Parfois, quand la compensation est encore suffisante, le pouls tout en étant petit et faible pourra conserver une certaine régularité qui durera d'autant moins longtemps que la compensation est de moindre durée que dans les lésions isolées.

Ces caractères pathologiques du pouls (dans les lésions mitrales comme dans les lésions aortiques) se retrouvent au sphygmographe qui contribue à affermir les données fournies par les procédés habituels d'exploration.

Les premiers troubles fonctionnels sont l'ésoufflement et l'oppression. Le malade a l'*haleine courte* s'il veut marcher un peu vite ou faire un effort, ce qui s'explique par le fait que la petite circulation se trouve à souffrir de très bonne heure de ces lésions, aussi, la congestion pulmonaire, le catarrhe bronchique, l'hémorrhagie pulmonaire surviennent à une époque plus ou moins rapprochée du début de l'affection, suivant l'état de la compensation ; cependant l'hémoptysie survient généralement à une époque assez éloignée de la maladie, mais quelquefois, elle peut apparaître dès le début de la lésion mitrale, à l'occasion d'un excès, d'une fatigue, d'une grossesse (sic, Peter). L'hématose étant incomplète, la nutrition générale en reçoit le contre-coup et si le malade survit longuement à son affection, la gêne de la petite circulation gagne de proche en proche la grande circulation, il vient un temps où l'organisme du cœur bat parfois dans le 6e, 7e ou 8e espace intercostal.

Insuffisance pure : Pouls bondissant et défaillant ; bondissant parce que l'ondée sanguine est lancée violemment par le ventricule gauche hypertrophié ; défaillant parce qu'à peine le choc a-t-il eu lieu que la tension artérielle s'abaisse par suite du reflux qui se fait à l'orifice aortique et dans le ventricule. Le pouls alors fuit sous le doigt. Il est régulier parce que les contractions du ventricule ont une égale énergie grâce à la nutrition musculaire qui est longtemps maintenue. La violence des contractions se communique aux grosses artères *v. g.* les battements des carotides qui donnent souvent, au toucher, la sensation du frémissement cataire.

Dans le *rétrécissement pur* le pouls est *petit* parceque l'ondée sanguine passe, comme à la filière, à travers l'orifice rétréci ; *mou* si l'hypertrophie est peu marquée, *dur* et *résistant* dans le cas contraire, mais il conserve deux caractères constants: la régularité et la petitesse.

Dans l'insuffisance et le rétrécissement combinés. le pouls n'a plus le *bondissement* et la *rétrocession caractéristiques* de l'insuffisance pure, et les battements anormaux des artères font défaut vû que la sténose diminue l'ondée sanguine, cependant il conserve sa régularité, sa résistance et est moins petit que dans le rétrécissement pur.

Les premiers troubles sont purement locaux, ainsi quelques malades se plaignent d'un état de gêne, d'autres accusent des mouvements tumultueux à la région précordiale et ce n'est qu'à une période éloignée que l'envahissement de l'économie devient général vû que ces lésions sont longtemps compensées par l'hypertrophie du ventricule gauche.

La contraction ventriculaire est parfois tellement énergique, qu'elle détermine des fluxions céphaliques, fluxions qui se traduisent par des épistaxis, des battements dans les tempes, des éblouissements, tintements d'oreilles, etc., etc., et chose remarquable, le malade n'en a pas moins le teint blafard d'un anémique vû que l'ondée sanguine n'arrive pas toute entière à destination.

me entier est envahi, c'est-à-dire que chaque organe est malade pour son compte, le malade arrive alors au dernier degré de la cachexie cardiaque. La congestion du foie, la congestion gastro-intestinale se traduisent par des troubles dyspeptiques, la congestion des reins par des urines rares, sédimenteuses, albumineuses, la congestion encéphalique et le défaut d'oxygénation cérébrale (du bulbe) par l'insomnie, le délire et même quelquefois des convulsions.

LÉSIONS DE L'ORIFICE TRICUSPIDE.

Très rares en dehors de l'état fœtal. —Rétrécissement doit être encore excessivement rare vû que l'insuffisance est presque seule en question dans les ouvrages classiques. L'insuffisance tricuspide peut être consécutive aux maladies du poumon, telles que l'emphysème, l'asthme, le catarrhe chronique, ou même aux lésions mitrales, c'est-à-dire qu'elle peut être le résultat d'une cause mécanique, comme la dilatation du ventricule droit. Sous l'influence du trouble de la circulation pulmonaire, le ventricule droit se laisse distendre et dans sa distension, il entraine avec lui la zône d'insertion de la valvule tricuspide qui devient alors insuffisante.

On dit que les fièvres graves, certains états cachectiques comme la maladie de Bright, peuvent arriver au même résultat en favorisant la parésie du ventricule droit.

Pour porter le diagnostic il faut s'appuyer sur la considération des troubles généraux de la circulation vû que la valvule tricuspide, d'après Raynaud, est le régulateur de la circulation veineuse et de la tension veineuse générale. C'est donc dans le système veineux qu'il faut rechercher les principaux symptômes de l'insuffisance tricuspide.

D'abord la veine jugulaire externe présente à la vue et au sphygmographe un double mouvement d'expansion et de retrait, ce qui lui a valu le nom de *pouls veineux* La dilatation des veines, quoiqu'isochrone aux battements du cœur, n'est jamais assez forte pour donner un choc sous le doigt. Le pouls veineux se rattache directement à la

Souvent la mort subite frappe le malade avant qu'il ait parcouru toutes les périodes de la maladie. Cette terminaison subite est propre surtout à l'insuffisance aortique tandisqu'elle est exceptionnelle dans les lésions mitrales.

C'est un fait reconnu de la majorité des auteurs que les lésions aortiques sont celles qui sont le moins souvent accompagnées de cet ensemble de phénomènes morbides qui constituent les symptômes généraux des maladies du cœur.

Pour expliquer la mort subite dans ces lésions, Mauriac invoque l'insuffisance de l'irrigation sanguine par les artères coronaires, et Peter l'association de l'*angine de poitrine.*

LÉSIONS DE L'ORIFICE PULMONAIRE.

Très rares en dehors de l'état fœtal, mais le rétrécissement a été observé, après la vie intra-utérine, moins rarement que l'insuffisance, et encore les quelques cas de rétrécissements rapportés par les auteurs ne se liaient pas toujours à l'anneau valvulaire, mais étaient dus en partie à des callosités circulaires dans le cône artériel de l'artère pulmonaire. On ne cite qu'un seul cas de rétrécissement de l'orifice pulmonaire combiné avec l'insuffisance de ses valvules.

Comme l'endocardite n'affecte presque jamais le cœur droit pendant la vie extra-utérine, comme l'athérôme de l'artère pulmonaire est rare, l'on comprend facilement combien les lésions de cet orifice sont rares, cependant elles peuvent dans des cas exceptionnels être le résultat des mêmes causes qui président aux lésions du cœur gauche.

Ces lésions peuvent être congénitales ou acquises, mais, dans le premier cas, suivant les statistiques, les malades meurent jeunes; ainsi, d'après les statistiques de Stalker, 42 sur 99 cas moururent avant leur 10e année et 15 pour cent seulement ont survécu jusqu'à l'âge de 20 ans.

Dans le cas où ces lésions sont acquises, l'existence peut être un peu plus longue mais avec une balance un peu plus favorable dans l'insuffisance pour la prolongation de l'existence.

Le rétrécissement congénital est

récurrence de l'ondée sanguine dans la veine cave supérieure et dans ses branches, qui se produit à chaque contraction du cœur. La pulsation est plus distincte dans la veine jugulaire droite, et dans des cas exceptionnels elle peut être visible dans les veines de la face, du bras, de la main et même dans les veines thyroïdes et mammaires.

Dans le cas rare de rétrécissement il y a stase jugulaire simple ou oscillante mais jamais les pouls veineux caractéristiques comme dans l'insuffisance.

Le reflux du sang dans la veine cave inférieure et dans la veine-porte peut donner naissance à des *battements du foie*, véritables *pulsations hépatiques* qui ont la valeur d'un signe pathognomonique comme les pulsations jugulaires.

On peut sentir ces pulsations hépatiques en déprimant la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes.

Ces veines reçoivent directement l'impulsion du cœur.

Le diagnostic, dans l'insuffisance tricuspide, devra s'appuyer sur les troubles généraux attendu que la valvule tricuspide est le régulateur de la circulation veineuse et de la tension veineuse générale ; à l'auscultation à la base de l'appendice xyphoïde, bruit de souffle systolique.

souvent accompagné d'une communication inter-ventriculaire.

Le ventricule droit est hypertrophié, dans ces lésions, et la stase veineuse très précoce occupe d'abord les viscères abdominaux, l'encéphale et les téguments, mais les poumons ne sont intéressés qu'en dernier lieu,

A l'auscultation, le rétrécissement pulmonaire est caractérisé par un bruit de souffle au 1er temps, dont le maximum siége au 2e espace intercostal gauche avec propagation vers la clavicule ; dans l'insuffisance pulmonaire, le souffle est au 2nd temps, mais son maximum est également au 2e espace intercostal gauche vers la clavicule.

Ces lésions n'ont pas d'influence sur le pouls et les souffles qu'elles produisent ne se propagent jamais dans les vaisseaux du cou.

Mais le rétrécissement et l'insuffisance pulmonaires paraissent favoriser singulièrement la phthisie pulmonaire.

Avant de clore cet entretien, disons quelques mots du *facies propria* des maladies du cœur. Lorsque la circulation veineuse dure depuis longtemps, les veinules des différentes parties du corps se distendent, c'est pourquoi on observe l'épaisissement des paupières, des lèvres, l'injection des vaisseaux des conjonctives, la formation d'étoiles veineuses sur les pommettes des joues, le nez, les oreilles, etc. Quand la gêne de la circulation est très considérable et qu'elle ne date pas de longtemps, on observe à la face, aux lèvres, aux mains, aux pieds, une teinte bleuâtre qu'on nomme *cyanose*. Mais quand la gêne de la circulation est ancienne, la *cyanose* est remplacée par une couleur mate, blafarde de la peau, vû que le sang ne se rend plus jusqu'aux capillaires.

Ces phénomènes sont propres surtout à l'insuffisance de la valvule tricuspide, mais on peut les trouver dans tous les rétrécissements des orifices.

Règle générale, ceux qui souffrent d'affections cardiaques ne présentent ni amaigrissement ni embonpoint remarquables.

Toutes les lésions valvulaires peuvent produire l'œdème, du moment que la circulation est troublée d'une manière permanente; mais l'insuffisance aortique est celle dans laquelle l'œdème fait son apparition le plus tardivement. De sorte que chez un malade qui présenterait les signes rationnels d'une maladie du cœur et une hypertrophie considérable, sans œdème, on pourrait diagnostiquer insuffisance aortique.

L'œdème est généralement froid et se manifeste d'abord dans les parties les plus déclives du corps, c'est-à-dire aux pieds, aux jambes, surtout le soir, ensuite il remonte aux cuisses, à la paroi de l'abdomen et au tronc, au scrotum et à la vulve et dans les cas très avancés, à la face et aux membres supérieurs.

Les épanchements, dans les séreuses, ne surviennent que lorsque la gêne de la circulation est extrême. Les épanchements dans les plèvres sont presque toujours doubles, ceux du péricarde ne produisent presque pas de phénomènes; les épanchements séreux dans les cavités du cerveau ou dans les méninges sont très rares. L'ascite n'est pas ordinairement considérable, à moins d'une cirrhose concomitante.

Les caractères des lésions organiques ont leur importance en ce sens que les rétrécissements sont en général plus graves que les insuffisances; le rétrécissement mitral est plus grave que le rétrécissement aortique.

Enfin, les lésions valvulaires se terminent, à moins d'une complication ou d'une maladie intercurrente, soit par dégradation croissante de la nutrition générale, soit par syncope, soit par asphyxie, par hydrocéphalie, soit par urémie. Il ne faut pas oublier que, grâce à la compensation dont j'ai parlé souvent, la maladie peut rester stationnaire et permettre au malade de parcourir une assez longue carrière.

D'après les études que je viens de vous présenter, il résulte donc que les indications thérapeutiques consistent à abaisser la tension veineuse et à élever la pression artérielle en réveillant les contractions du cœur.

Si la compensation est bonne, il faudra alors favoriser le maintien de cet état salutaire par des mesures hygiéniques, mais si la compensation est exagérée, il y aura opportunité, d'abaisser la tension veineuse tout en ayant soin de ne pas dépasser le but par des moyens disproportionnés au degré de la maladie. Les diurétiques tels que l'acétate de potasse, le nitrate de potasse, le bicarbonate de soude, la scille, etc.; les drastiques, tels que la teinture de jalap composée, la scammonée, etc., y trouvent leur application. Dans le cas où les drastiques sont mal tolérés, on aura recours aux purgatifs salins.

Cette médication a souvent le double effet de faire disparaître les accidents fluxionnaires et de diminuer l'excitabilité du cœur, ce qui a pour résultat de calmer les palpitations. Chez les individus robustes, la saignée est à propos, car une soustraction directe d'une certaine quantité de sang diminue, au moins pour un temps les accidents graves de fluxion céphalique ou pulmonaire, mais chez les sujets débiles, la saignée sera plutôt remplacée par les diurétiques ou les purgatifs, c'est-à-dire qu'au lieu d'une spoliation directe on détermine une déplétion indirecte en excitant la sécrétion urinaire et intestinale. Enfin, quand la compensation est rompue, la médication consiste à réveiller les contractions cardiaques, et pour atteindre ce but le moyen héroïque est la digitale, aidée des toniques et de la médication lactée. Jaccoud, après avoir surveillé, à plusieurs reprises, les effets thérapeutiques de la digitale en est venu à la conclusion que la digitale accroit l'énergie des contractions du cœur et par suite elle élève la pression artérielle, résultat qui a pour conséquence de ralentir et de régulariser le pouls, c'est-à-dire que le pouls, qui présente une fréquence et une irrégularité croissantes pendant l'abaissement de la tension artérielle, se ralentit et se régularise sous l'action de la digitale. Jaccoud résume les indications de ce remède dans la formule suivante : *La digitale est indiquée lorsque l'énergie cardiaque et la pression artérielle sont abaissées ; elle est contre-indiquée quand l'énergie du cœur et la pression artérielle sont accrues.* Cette indication paraît être bien vue en France et remplace, d'après cet auteur, les controverses suscitées par l'expérimentation physiologique.

Les effets de la digitale ont besoin d'être surveillés attentivement, car non seulement son action est prompte, mais de plus, ordinairement, son administration trop prolongée peut finir par provoquer une *asytolie* artificielle. L'organisme ne s'accoutume pas à la digitale et ses effets s'accumulent à mesure que son usage est prolongé ; de plus, son action survit de plusieurs jours, à la suppression du remède. Pour éviter tout inconvénient, Jaccoud donne la précieuse recommandation de surveiller la quantité des urines rendues en 24 heures. Si la quantité d'urine vient à baisser brusquement c'est que l'abaissement de la tension dans les artères rénales produit la diminution de la sécrétion urinaire ; alors il faut suspendre la digitale, car c'est un signe que la phase d'excitation est dépassée. Il est donc alors urgent de suspendre la médication immédiatement sinon le remède peut se transformer en poison et donner la mort par syncope ou par asphyxie, grâce à l'abaissement de la pression artérielle et de la stase veineuse consécutive.

Telles sont les indications principales à suivre dans le traitement, sans oublier que lorsque la cachexie du cœur s'accompagne d'abaissement notable de la température et de tendance à la syncope, il faut alors stimuler l'organisme, et parmi les stimulants, les boissons alcooliques, l'acétate d'ammoniaque, le café, l'éther, etc., occupent le premier rang, à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les demi-heures; ou, dans le cas où il y a complication de phénomènes asphyxiques, les ventouses sèches ou des vésicatoires à la base de la poitrine peuvent être utiles. Contre la distension des téguments accompagnant l'anasarque, on est parfois obligé de pratiquer sur les membres inférieurs des piqûres ou des mouchetures, mais ces ponctions quelquefois peuvent produire l'érysipèle et la gangrène, complications qui hâtent la terminaison fatale.

Toute médication tend donc à prolonger la vie du malade, car l'intervention thérapeutique ne peut jamais arriver à redresser les anomalies des lésions valvulaires.

COMMUNICATION.

Du traitement des névralgies par les injections hypodermiques d'eau froide.

Messieurs les Rédacteurs,

Dans une communication publiée dans le dernier numéro de votre journal, M. le docteur Nelson B. de S. Sizer, de Brooklyn, assure qu'il a réussi plusieurs fois à calmer les douleurs névralgiques et, en particulier, celles de la sciatique, au moyen d'injections hypodermiques d'*aqua pura*.

Laissez-moi vous dire qu'il y a cinq ou six ans j'ai eu recours à ce traitement, dans les névralgies, précisément parce qu'il était recommandé par des médecins dignes de foi, mais je dois vous avouer que dans les dix ou douze cas où j'ai employé cette méthode le résultat n'a pas répondu à mon attente. Le fait d'avoir renouvelé ces expériences dix à douze fois montre bien que j'étais désireux d'en trouver leur utilité, mais les insuccès que j'en ai obtenus étaient bien de nature à me faire négliger ce traitement, du moins dans les névralgies réelles.

Depuis la récente communication de M. de S. Sizer, je me suis empressé de faire encore quelques expériences à ce sujet et voici celles que j'ai pu recueillir dans mon service à l'Hôpital Notre-Dame. J'ai pratiqué des injections hypodermiques d'eau pure c'est-à-dire avec une seringue ordinaire contenant une demi-drachme, aussi près que posssble du nerf malade, dans un cas de névralgie cervico-occipitale, deux de névralgie de la branche ophthalmique du trifacial et dans trois autres cas de sciatique. Ces injections n'ont produit aucun soulagement ni immédiat, ni tardif, ni partiel. Je dois ajouter que j'ai employé le même traitement sur deux malades de ma clientèle privée, souffrant tous deux de névralgie de la branche ophthalmique du trifacial. Dans un de ces derniers cas les souffrances n'ont nullement été calmées, mais dans l'autre, la douleur qui avait déjà commencé à diminuer a paru être calmée et a fini par disparaître complètement au bout de deux heures. Ce dernier malade souffrait de sa névralgie depuis 18 heures et lorsqu'il s'est présenté à mon bureau la douleur avait déjà, comme je viens de le dire, commencé à perdre de son intensité. Cette amélioration doit-elle être attribuée à l'injection d'eau froide, ou à la piqure par l'instrument ? Trousseau dit quelque part, dans sa clinique médicale, que la simple acupuncture par la seringue à injection hypodermique a suffi pour produire, dans certains cas, une amélioration.

M. le correspondant déclare avoir réussi une dizaine de fois sur vingt cas, avec les injections hypodermiques d'eau pure ; quelques médecins de Brooklyn auraient eu à peu près le même succès ; je voudrais bien croire ceux qui proclament l'efficacité de ce traitement dans les névralgies, d'un autre côté j'avoue franchement que je ne sais si je dois en vouloir à ma mauvaise étoile mais si je m'en rapporte à mes observations personnelles je n'ai pas tort de considérer cette ressource comme très infidèle.

Les injections hypodermiques de morphine, en débutant par $\frac{1}{8}$, $\frac{1}{6}$, etc., malgré parfois les inconvénients attachés aux opiacés, ont toujours l'avantage d'atteindre le but tant désiré par le malade qui veut à tout prix être débarrassé de son hôte incommode.

Aussi, pour ma part, contre les névralgies je place les stupéfiants au premier rang et parmi ceux ci la morphine en injections hypodermiques est l'arme dont je m'empresse de me servir avant tout, quitte à recourir dans la suite aux médicaments généralement recommandés dans les névralgies, car il est important de ne pas perdre de vue d'après Handfield Jones " *that nerve pain is invariably, and in all its phases and consequences,*

an expression of debility of function." En quelques cas j'ai bien réussi à calmer les douleurs au moyen de l'élixir de *guarana.* Mais pardon, messieurs, de cette digression ; je reviens à notre sujet principal. Il est reconnu qu'une pression exercée sur un nerf malade calme souvent la douleur, pourvu, entr'autres conditions, d'après Moynac, que cette pression soit assez énergique pour supprimer la conductibilité du nerf intéressé. La pression par l'eau froide injectée hypodermiquement, est elle suffisante pour supprimer la conductibilité du nerf malade?

A propos de vibrations de corps sonores, Charcot et d'autres, dans des expériences pratiquées à la Salpêtrière en 1878, ont réussi, au moyen de diapazons montés sur des caisses de résonnance, (une main du malade étant appuyée sur la caisse,) à calmer les douleurs fulgurantes de l'ataxie grâce à la transmission directe des vibrations.

Boudet a eu l'heureuse idée de recourir à ce moyen pour combattre localement les douleurs névralgiques, mais pour atteindre ce but il a ajouté un petit *bouton* qui communique d'une part avec le nerf malade et d'autre part avec la caisse de résonnance. De sorte que les vibrations se trouvent ainsi en communication directe avec le nerf intéressé. Les vibrations sonores se trouvent ainsi changées en vibrations mécaniques. Boudet a réussi à calmer entièrement une attaque de migraine, une névralgie de la 5e paire, etc. Je ne vois dans ces expériences rien d'analogue à l'effet de l'injection hypodermique d'eau froide, car si je comprends bien, ceux qui s'occupent spécialement de ces expériences intéressantes attribuent ces phénomènes à une action électrique.

Je regrette réellement d'avoir échoué dans mes nouvelles expériences, car j'aurais été heureux de communiquer des résultats satisfaisants.

Veuillez agréer messieurs, etc.

J. A. LARAMÉE, M.D.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Gliôme de la rétine.—Kyste double des grandes lèvres.—Chancroïde avec double bubon; abcès périnéal.—Ostéite et carie des os du pied; évidement et résection.

Gliôme de la rétine.—Louise D., âgée de 18 mois est présentée à la clinique ophthalmologique le 8 janvier. La pupille

de l'œil gauche est dilatée *ad maximum* et immobile. L'iris est décolorée, propulsée en avant. La chambre antérieure est rétrécie. Il existe une injection sous conjonctivale assez prononcée. La sclérotique est d'un gris bleuâtre. Pas d'exophthalmos. La mobilité de l'œil est conservée. On aperçoit, en arrière du cristallin, un reflet métallique, une opacité d'aspect doré, parsemée de stries rougeâtres (*œil de chat amaurotique*). Cette opacité est fixe. La tension intra oculaire est considérablement augmentée.

L'enfant est pâle, agitée, paraît en proie à une céphalalgie intense.

L'œil droit, examiné à l'ophthalmoscope, ne laisse voir aucune lésion analogue.

Le reflet métallique du fond de l'œil n'appartient pas en propre au gliôme de la rétine, on le rencontre dans le décollement de la rétine et une forme particulière de choroïdite. Mais l'aspect jaune doré ne se rencontre que dans le gliôme.

Cette affection est propre à la première enfance : on ne la rencontre guère au delà de 12 à 15 ans.

Règle générale, le médecin n'est consulté qu'au moment où le reflet particulier du fond de l'œil et les douleurs éveillent l'attention des parents.

Le pronostic est absolument grave, non seulement pour l'œil affecté et son congénère, qui peut être atteint d'ophthalmie sympathique, mais même quant à la vie du sujet.

Le seul moyen qui ait quelque chance de sauver la vie du patient c'est l'énucléation de l'œil, faite le plus près possible du début—dans la première ou seconde période, avant que la coque de l'œil ait éclaté. Pour prévenir les récidives, il faut avoir soin de sectionner le nerf optique le plus loin possible de son insertion oculaire. Abandonnée à elle-même, la tumeur continue sa marche envahissante et ne tarde pas à se frayer une route à l'extérieur.

A partir du moment où la tumeur rompt la coque oculaire il s'y forme de nombreux vaisseaux. La tumeur prend alors une apparence fongueuse. Elle peut s'accroître du côté du nerf optique avant même que l'œil ne soit complètement rempli. La dégénérescence progresse jusqu'au chiasma ; arrivé là, le néoplasme peut gagner l'autre œil, en suivant le nerf optique, ou, au contraire gagner l'encéphale, comme M. le professeur Foucher a pu en observer un cas remarquable dans le service du prof. Panas, à Paris. La durée totale de l'évolution du gliôme de la rétine varie entre 18 et 30 mois. On cite des cas rares où la mort n'est survenue qu'au bout de 3 ans.

A l'autopsie, on peut rencontrer des métastases, à distance,

notamment dans le diplöe des os du crâne, dans le foie, l'ovaire et le péritoine.

Kyste double des grandes lèvres.—Rose Delima L., 33 ans, se présente à la consultation le 22 décembre, souffrant, dit-elle, de tumeurs dont elle veut se débarrasser. A l'examen on constate la présence, dans le tissu de la grande lèvre gauche, d'un kyste muqueux ayant à peu près le volume d'un œuf de pigeon. Une autre tumeur de même nature existe à la grande lèvre droite, mais elle est moins volumineuse.

Les deux kystes sont ouverts d'un coup de bistouri, leur contenu, liquide filant et translucide semblable à du blanc d'œuf, est évacué, puis la paroi interne du sac kystique est cautérisée au chlorure de zinc et on y introduit des tentes que l'on renouvelle deux fois le jour, pour favoriser la granulation du fond.

Le professeur attire l'attention des élèves sur la rareté de ces kystes qu'il ne faut pas confondre avec les abcès des grandes lèvres ou encore avec les abcès de la glande vulvo-vaginale.

Chancroïde avec double bubon; abcès périnéal. — Eugène B., 19 ans, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital le 19 décembre 1881 pour un chancre mou datant déjà de trois semaines et occupant tout le pourtour du méat urinaire sur un rayon d'environ un demi pouce. Du côté droit il y a un gros bubon où l'on constate déjà de la fluctuation ; un autre bubon commence au côté gauche. Mouvement fébrile modéré. Le bubon de droite est largement ouvert, pansé du fond pendant vingt-quatre heures, puis cautérisé au moyen de la pâte carbo-sulfurique de Ricord. Quelques jours après, on ouvre le bubon du côté droit et on le cautérise également ainsi que le chancre. Une fois les eschares tombées, on panse le tout à l'onguent d'iodoforme. Ce pansement est continué tout le temps ; la guérison progresse lentement vû sans doute la constitution lymphatique du malade. On prescrit l'huile de foie de morue alternant avec les pilules d'iodure de fer.

Le 6 janvier, le malade accuse une douleur assez vive à la région périnéale. A l'examen on découvre une tuméfaction circonscrite, très douloureuse à la pression, siégeant à la partie antérieure du périnée, immédiatement à la racine du scrotum. On y applique des fomentations chaudes fréquemment renouvelées. Au bout de quelques jours on y constate de la fluctuation et on ouvre largement. Après l'évacuation du pus, on injecte une solution d'acide carbolique au 20e dans la cavité de l'abcès. Le

pansement ordinaire est fait ensuite deux fois par jour. Le malade urine facilement, il n'y a pas de communication avec le canal de l'urèthre. L'urine est normale.

A l'heure où cette observation est prise l'abcès périnéal est presque entièrement guéri, on n'y peut plus introduire qu'une petite tente. Le bubon de droite est à peu près complètement guéri. Celui de gauche tarde davantage parce que l'on a été obligé de débrider un sinus assez profond. Le chancre est disparu.

Ostéite et carie des os du pied ; évidement et résection.—Deux cas à peu près semblables d'ostéite suivie de carie ont été observés dans le cours du mois de février.

1° Damase R., 21 ans, fit, en décembre 1880, une chute sur les pieds, en tombant du haut d'un voyage de foin. D'abord il ne s'aperçut de rien autre chose que d'une légère égratignure à la peau de la plante du pied droit, à peu près au niveau du 4e métatarsien. Le cuir de sa chaussure avait été traversé de part en part par un corps piquant quelconque. La douleur était presque nulle alors, mais, peu à peu, elle se fit sentir dans tout le pied et plus spécialement vers l'endroit égratigné. Cette douleur était plus ou moins vive quand le malade marchait et travaillait, mais augmentait quand venaient les heures de repos. Rien ne paraissait à l'extérieur. Cet état de choses dura jusqu'à la fin de décembre 1881 alors qu'un abcès s'ouvrit à la face dorsale du pied au niveau du 4e métatarsien. Il en résulta une fistule qui persistait encore lors de l'entrée du patient à l'hôpital, le 31 janvier.

Un stylet introduit dans le trajet fistuleux pénètre obliquement à travers le pied jusqu'au 4e métatarsien, dans le tissu duquel il entre assez facilement : on ne peut découvrir de corps étranger

Le 3 février, M. le professeur Brosseau pratique la résection de la presque totalité du 4e métatarsien. Le fragment qui reste semble sain, de même que les os voisins. On panse à plat avec de la charpie, et les jours suivants on injecte, trois fois le jour, de l'acide carbolique au 40° et une tente de charpie est introduite. La réaction inflammatoire est assez considérable.

2° Arthur L, 8 ans, fait, vers avril 1881, une chute sur les pieds en jouant avec d'autres enfants. Rien ne se manifeste d'abord qu'un peu de douleur à la marche, douleur se manifestant dans le talon. Au bout d'une quinzaine de jours le pied se tuméfie, devient douloureux et bientôt un abcès se forme, il s'en suit un trajet fistuleux qui ne guérit pas. Le malade est apporté à l'hôpital le 13 février.

Comme dans le cas précédent, un stylet pénètre facilement dans le trajet et s'enfonce sans presque aucune résistance dans la substance du calcaneum. Cet os a évidemment souffert d'ostéite et il renferme un séquestre. Le 14, M. Brosseau fait l'évidement de l'os malade et l'extraction du séquestre au moyen de la gouge et de forts ciseaux. Il y a un peu d'hémorrhagie. Ici encore, la cavité est pansée à plat.

Ces deux malades sont encore sous observation.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 3 Février 1882.

M. le Dr Laramée, président, au fauteuil.

Lecture et adoption du procès verbal de la dernière séance.

M. le Dr C. Prévost, d'Ottawa, donne lecture d'une étude très élaborée sur la " diphthérie."

(Attendu que le travail de M. le Dr Prévost sera publié *in extenso* dans un prochain numéro de l'*Union Médicale*, nous ne donnons ici que les conclusions pratiques de l'auteur.)

M. Prévost adopte et soutient la doctrine suivante :

La diphthérie est une maladie générale avec localisation sur les muqueuses, la muqueuse du pharynx étant celle qui est le plus souvent le siége primitif ou exclusif de l'affection.

La maladie se présente à notre observation sous diverses formes plus ou moins atténuées suivant la rigueur de l'intoxication ou le terrain sur lequel elle se développe, depuis l'absence presque complète de phénomènes généraux, jusqu'aux symptômes les plus terribles et les plus redoutables, que puisse offrir la pathologie.

Le " croup " est *une inflammation pseudo-membraneuse du larynx caractérisée par de l'enrouement, de l'altération de la voix et de la toux, de la gène de la respiration, des accès de suffocation.*

Dans l'immense majorité des cas, le " croup " n'est que la manifestation de la diphthérie localisée sur le larynx, que la maladie origine d'emblée, primitivement en ce dernier endroit ou qu'elle s'y développe secondairement par propagation de la gorge au larynx.

Le " croup" peut n'être pas diphthéritique, mais les cas de cette nature sont si rares, qu'il serait téméraire, un cas étant donné, de se prononcer contre la nature spécifique de son origine.

Déductions pratiques :

En présence d'un malade affecté de laryngite pseudo-membraneuse primitive ou secondaire surtout en temps d'épidémie, quelle que soit l'apparente bénignité de l'affection ; du moment que le diagnostic est dégagé des entraves que pourrait lui susciter la similitude des symptômes d'une maladie étrangère, telle que la laryngite striduleuse, etc., et même, dans le cas contraire, par mesure de prudence, le médecin doit se considérer comme étant en face de la diphthérie et se hâter d'adopter la ligne de conduite qui lui est imposée dans de pareilles circonstances en isolant immédiatement ceux qui pourraient être exposés aux atteintes de cette maladie si éminemment contagieuse.

Dr A. Lamarche : Mon savant confrère et ami nous dit que la plupart des célébrités médicales se sont prononcées en faveur de l'identité du croup et de la diphthérie. Je ne saurais admettre une proposition aussi exclusive et je n'ai pour en prouver l'exagération qu'à citer les noms de Steiner, Lewis, Smith, West, Austin Flint, Cumming, Engel et cent autres qui soutiennent une doctrine opposée. C'est à cette dernière que je me range sans hésitation.

Les différentes significations données au mot *croup* depuis Home et Bretonneau ont jeté sur ce sujet une telle confusion qu'on ne saurait donner aux statistiques et aux travaux des premiers écrivains une grande valeur à propos de l'identité ou non identité des deux maladies. Depuis quelques années les recherches histologiques et l'observation clinique ont assigné une signification bien différente aux termes diphthérie et croup, laryngite diphthéritique et croup pseudo-membraneux.

On lit à l'article "croup" de l'encyclopédie médicale de Jaccoud : "Si dans l'immense majorité des cas, le croup se rattache à la diphthérie du larynx, il en est un bon nombre également auxquels on ne saurait aujourd'hui reconnaître une semblable origine." C'est reconnaître la non identité des deux maladies. Cette opinion me paraît résumer la thèse de mon savant confrère et ami à cette différence près qu'il considère le croup comme une véritable curiosité nosologique.

Pour moi les deux affections diffèrent sur une foule de points qui n'ont pas tous la même valeur, il est vrai, mais dont plusieurs me paraissent établir d'une manière incontestable la non identité des deux maladies, et la fréquence du croup. Pour ne pas prolonger cette séance outre mesure permettez-moi de vous présenter sous forme de tableau le diagnostic différentiel des deux affections tel que nous le donnent les auteurs que j'ai nommés ci dessus.

CROUP	DIPHTHÉRIE
Dû aux causes ordinaires de l'inflammation, froid, humidité, etc., n'a pas de période d'incubation, maladie locale comme toutes les maladies inflammatoires de cause non spécifique et rien ne peut prouver l'inflammation du sang dans le croup. *Type* sthénique ; *cause* atmosphérique ; *traitement* antiphlogistique. *Caractère* non contagieux. *Etiologie*, est limité à un certain âge, n'a jamais été observé après douze ans. Convalescence rapide sans complications.	Due à un poison spécifique. Incubation de un à cinq jours. Maladie constitutionnelle, l'exsudat est la manifestation de l'infection du sang. *Type*, asthénique ; *cause*, septique ; *traitement*, antiseptique nutritif et stimulant. *Caractère*, éminemment contagieux. *Etiologie*, attaque à toute âge. Convalescence lente, symptômes nerveux et paralysie fréquents.
Tuméfaction ganglionaire très-rare et ne suppure jamais.	Ne manque jamais et suppure assez souvent.
L'inoculation de la vraie membrane croupale a donné jusqu'à présent des résultats négatifs.	Peut être inoculée avec succès.
Affecte la muqueuse respiratoire et s'y confine.	Localisation multiple.
Désordres généraux toujours proportionnels à la gravité des désordres locaux. Pas d'albumine dans l'urine ni dyscrasie du sang	Les symptômes généraux sont hors de proportion avec les désordres locaux. Urines albumineuses et empoisonnement du sang.
Mort toujours par apnée.	Mort souvent par asthénie et divers désordres du système nerveux.
L'exsudat croupal ne se reproduit que très rarement si jamais.	L'exsudat se reproduit avec une rapidité terrible.
L'exsudat croupal ne pénètre jamais la muqueuse sous jacente.—Virchow—Rokitanski.	La pénètre même au larynx.
L'enfant ne perd ses forces qu'après des vomissements répétés et vers la fin de la maladie.	L'enfant affaiblit dès le début, symptômes constitutionnels dès le début.
Fausses membranes solubles dans la solution de potasse et se durcissant dans l'acide sulphurique.	Fausses membranes, solubles dans l'acide sulphurique et se durcissant dans la solution de potasse.
Fausse membrane formée de cellules nouvelles.	Formée de cellules de nouvelle formation et de masses de bacteries.

En résumé, comme le dit Cumming ces deux maladies diffèrent plus l'une de l'autre que le typhus et la fièvre typhoïde. Le croup est une maladie locale endémique à certaines localités, jamais épidémique ni contagieuse ; la diphthérie une maladie constitutionnelle épidémique et contagieuse. La ressemblance de l'exsudat et des désordres locaux dans certains cas ne prouvent en aucune manière l'identité des deux maladies. Ne trouve t-on pas dans la dyssenterie un exsudat semblable à celui de la diphthérie ? La métrite simple et la fièvre puerpérale ne produisent-elles pas les mêmes lésions pathologiques ? Et pourtant on ne saurait confondre ces affections.

Dr Dagenais : M. le Président, j'ai écouté avec plaisir la lecture de M. le Dr Prévost; la partie historique surtout m'a beaucoup intéressé. Mais je regrette d'avoir à dire que quant

au point principal de la question, à savoir, l'identité du croup et de la diphthérie, je suis loin d'être convaincu. Les remarques que vient de faire M. le Dr Lamarche, m'ont encore raffermi dans l'opinion qu'en dehors de la diphthérie, il existe une maladie toute locale, caractérisée par la formation de fausses membranes dans le larynx, qui n'est pas contagieuse et qui constitue le vrai croup. Les expériences de Œrtel citées par Jaccoud me paraissent convaincantes. Ce savant a inoculé des produits membraniformes du croup de l'homme chez des animaux de diverses espèces, et cela sans aucun résultat; tandis que l'inoculation des produits de la diphthérie de l'homme chez les mêmes animaux a toujours été suivie d'accidents diphthéritiques. Ce qui prouve évidemment que le croup et la diphthérie ne sont pas identiques.

Dr E. P. Lachapelle n'est pas prêt à admettre qu'il y a identité pathologique entre la diphthérie et le croup. La diphthérie est contagieuse et inoculable, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour le croup. Lorsque la diphthérie a son siége dans le larynx, on a dû la confondre souvent avec le croup, de là les prétendus cas de croup contagieux.

Nul doute que le croup est une maladie comparativement rare, trop souvent confondue avec la laryngite diphthéritique et avec la laryngite striduleuse.

Le Dr Brosseau fait quelques remarques sur l'opportunité de la trachéotomie.

Dr S. Lachapelle: Dans un temps où la diphthérie continue à faire ses ravages parmi nous, rien de plus opportun que l'étude qui vient de nous être donnée, et je me permettrai de dire de suite, quant au mérite de cette lecture, que c'est certainement pour moi une des plus substantielles qui ait jamais été prononcée dans notre société.

Il est un point sur lequel j'appuierai plus particulièrement, c'est la partie relative au diagnostic. Nous ne faisons pas assez d'attention aux cas de diphthérie longue; apprenons à les considérer comme diphthérites malignes, produisant les mêmes effets, semant la contagion. Cette observation ressort bien nettement de la lecture que nous venons d'entendre, dans la partie concernant le diagnostic.

Quant à la question importante qui fait le sujet de la discussion, à savoir: si le croup et la diphthérie sont identiques, j'avouerai franchement que j'étais allemand avant d'entendre M. le Dr Prévost et que je le suis encore après l'avoir entendu, néanmoins, je dirai la vérité en déclarant que je suis un peu *français*, grâce à certains arguments détruits par le savant conférencier, et qui pour moi étaient très forts en faveur de la

doctrine allemande. Je serais même disposé à épouser la doctrine française, si on pouvait me répondre d'une manière satisfaisante aux deux questions suivantes: Comment l'opération de la trachéotomie dans le croup diphthéritique est-elle si rarement suivie de succès, sinon jamais, quand cette opération est si heureusement pratiquée dans le croup simple.

Deuxième question. Comment expliquer les épidémies de croup simple, sans aucune manifestation diphthéritique au pharynx ?

Dr N. Fafard.—Si nous donnions à chaque mot la signification qui lui appartient, je crois que nous serions tous d'accord. Qu'est-ce que la diphthérie ? Qu'est-ce que le croup ?

D'après les différents auteurs que j'ai consultés, la diphthérie est une inflammation du pharynx, caractérisée par de fausses membranes, c'est une maladie provenant probablement de germes, contagieuse et épidémique; le croup est une inflammation du larynx, caractérisée par une exsudation des fausses membranes, contagieuse selon les uns, non contagieuse selon les autres.

Ces définitions, trop vagues,prêtent évidemment à la discussion.

M. le Dr Prévost a parfaitement raison, selon moi, de prétendre que le croup et la diphthérie sont une seule et même maladie, au moins dans la majorité des cas. En effet, messieurs, la diphthérie, tout le monde l'admet, peut originer sur toutes les muqueuses, même sur la peau, et à plus forte raison sur la muqueuse du larynx; nous avons alors la laryngite diphthéritique, ou, si l'on veut, le croup diphthéritique, maladie à germes, bien contagieuse et bien épidémique. Cette espèce de croup, qui est la plus fréquente (Jaccoud, Bouchut, Sénez, etc,) et la diphthérie proprement dite qui a son siége dans le pharynx, sont bien une seule et même maladie. C'est ce que vient d'établir M. le Dr Prévost.

Le savant conférencier admet qu'il ne peut exister, dans le larynx, une inflammation avec exsudation de lymphe plastique; cette inflammation est une maladie locale, non contagieuse, et différente de la diphthérie. Si c'est cette affection seule que l'on veut désigner par le mot " croup," très bien! mais alors qu'on se donne la peine de décrire les symptômes différentiels entre la laryngite diphthéritique et le croup proprement dit. Ce n'est pas chose facile, principalement au début de la maladie, et c'est ce qu'aucun auteur n'a pu encore établir d'une manière satisfaisante.

Pour concilier les opinions, disons donc qu'il existe deux espèces de croup, l'un dipthéritique constitutionnel et conta-

gieux, l'autre, simple, local, et non contagieux; qu'il est très difficile sinon impossible, au début, de trouver des symptômes différentiels; que le médecin prudent devra être sur ses gardes et traiter toujours le croup comme une affection diphthéritique.

Monsieur le Président,—Je m'empresse de remercier M. le Dr Prévost pour son excellent travail et la question débattue ce soir mérite sérieuse considération. En conclusion, je crois que le croup est si souvent de nature diphthéritique, que lorsque cette affection éclate dans une famille, dans une institution, il est urgent de recommander les précautions hygiéniques nécessaires vû que la maladie peut alors donner naissance à un foyer de contagion.

Le croup diphthéritique est ordinairement précédé d'une angine et le plus souvent il reste quelques traces de fausses membranes sur les amygdales ou sur la luette avant que le larynx soit envahi. L'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire de même que la fétidité de l'haleine sont encore des signes distinctifs qui accompagnent le croup diphthéritique. Cependant il est établi que le croup peut être accidentel c'est-à-dire ni épidémique, ni contagieux.

J'ai connaissanee de quelques cas qui prouvent cet avancé et le Dr Wm Osler, de cette ville, a traité un cas de croup, à l'*Infant's Home*, qui d'après toutes les apparences était purement accidentel, autrement dit qui était de cause *à frigore* L'enfant est resté au milieu d'une douzaine d'enfants de 3 à 5 ans jusqu'au moment où il a été opéré par la trachéotomie, c'est-à-dire au delà de 36 heures. Cet enfant n'a présenté aucun des signes distinctifs qui accompagnent ordinairement le croup diphthéritique et aucun autre enfant n'a eu la diphthérie.

Je sais que plusieurs hommes éminents considèrent la diphthérie comme une affection généralisée, mais je penche plutôt pour l'opinion que la maladie est d'abord locale avant de se généraliser.

Dr C. Prévost.—Malgré l'apparente opposition qui semble exister entre l'idée que j'ai émise et celle qu'ont soutenue les membres qui viennent de parler, je crois que nous ne sommes pas aussi divisés que nous en avons l'air. A mon avis, tout repose sur une confusion de termes et je crains beaucoup que l'on n'ait pas parfaitement saisi le sens véritable de l'opinion que je professe.

Tout à l'heure M. le Dr Lamarche, tout en prétendant soutenir une thèse contraire à la mienne s'est efforcé de prouver

la proposition suivante : " Le croup et la diphthérie sont deux " maladies distinctes." La majorité des membres présents ont adhéré à cet avancé et ont nié toute analogie entre le croup et la diphthérie.

Or il existe ici une pétition de principes. Ni M. le Dr Lamarche, ni ceux qui ont partagé ses opinions n'ont donné une définition de ce qu'ils entendaient par " croup et diphthérie." Des tableaux comparatifs ont été cités, tendant purement et simplement à démontrer la différence qui existe entre ces deux maladies, par exemple : le croup n'est pas épidémique, la diphthérie l'est ; le croup n'est pas contagieux, la diphthérie est contagieuse ; le croup ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionaire, la diphthérie offre ce symptôme.

Oui, mais qu'appelez-vous " croup " ? Le croup n'est-il pas une laryngite caractérisée par la production, à la surface de la muqueuse, d'une membrane et offrant comme symptôme objectif l'altération de la voix et de la toux, de la suffocation, d'abord intermittente puis ensuite continue et faisant périr le malade par apnée causée par la présence, dans les voies respiratoires, de la production morbide ? N'est-ce pas à ce groupe de symptômes pathognomoniques que de tout temps on a donné le nom de " croup " ?

Que ces symptômes soient ou non accompagées d'autres phénomènes locaux ou généraux, ne sera ce pas toujours le " croup " du moment qu'il y aura laryngite, fausse membrane, voix éteinte, toux voilée, accès de suffocation, menace d'asphyxie ?

Supposons maintenant deux enfants, tous deux affectés d'angine diphthéritique en temps d'épidémie. Le premier n'offre que les symptômes pharyngés ; il guérit ou il meurt. Le second, au bout de quelques jours, voit son angine diphthéritique se propager au larynx et présente de l'enrouement, de la voix éteinte, de la toux voilée, des accès de suffocation, en un mot, tous les symptômes classiques assignés au croup. Qu'il guérisse ou qu'il meure, qu'il offre ou non d'autres symptômes concomitants, n'a-t-il pas le " croup, " c'est-à-dire une laryngite pseudo membraneuse ?

Direz-vous que dans ce cas nous n'avons pas eu affaire au croup mais à la diphthérie ?

Mais, la diphthérie est un terme général, désignant purement la nature d'une affection générale, *totius substantiæ*, localisée en certaines parties du corps. La diphthérie ne saurait exister comme essence ; il lui faut une expression locale. Ce sera tantôt le larynx, nous aurons le coryza, et vous direz : angine diphthéritique, laryngite diphthéritique. Direz-vous,

par exemple, que l'angine pseudo-membraneuse et la diphthérie sont deux maladies distinctes, parce que l'angine pseudo-membraneuse peut quelquefois n'être pas produite par la diphthérie? Evidemment non, sans quoi en mettant ainsi parallèlement une désignation générale et une expression locale, vous créerez une confusion impossible; même chose pour la laryngite. Dans l'exemple cité plus haut, dans le cas du second enfant, il ne suffira pas de dire : " cet enfant à la diphthérie," ce qui est indubitable, mais il faudra aussi dire : " il a le croup," croup diphthéritique, si vous le voulez bien, mais le " croup " toujours.

Les mots " croup " et " diphthérie " sont donc quelquefois associés ! Donc il n'est pas correct de dire : croup et diphthérie sont deux choses distinctes. Sur ce point, par conséquent, pas de discussion, et vous conviendrez qu'on ne saurait poser en principe et d'une manière générale que le " croup " et la " diphthérie " sont deux maladies distinctes, puisque, je le répète, ces deux termes, existent confondus l'un dans l'autre, puisque la voix éteinte, la toux voilée, les fausses membranes du larynx, la suffocation, (c'est-à-dire le " croup ") peuvent être produits par la diphthérie, puisqu'il existe, en un mot, un croup diphthéritique.

Ainsi, quand il existe en même temps que le " croup " une autre manifestation pseudo-membraneuse concomitante, une angine, par exemple, il est donc réglé que nous avons affaire à la diphthérie, et que, dans ce cas, nous ne devons pas établir de distinction entre " croup " et " diphthérie ", le premier n'étant que l'expression locale de celle-ci. Pouvons-nous, en d'autres termes, dire : " Le croup d'emblée, primitif, et la " diphthérie sont deux maladies distinctes ? " Pas davantage, car, de l'aveu même de mes opposants, il existe de ces cas de laryngite pseudo-membraneuse sans autre localisation préalable, qui sont de la diphthérie.

La seule discussion possible est celle-ci : " Existe t-il un croup non diphthéritique ? " En d'autres termes, " un malade étant donné, offrant les symptômes suivants : voix éteinte, toux voilée, fausses membranes dans le larynx, accès de suffocation, etc., se peut-il que ces phénomènes soient produits par une autre cause que la diphthérie ? "

Or j'ai répondu à cette question dans les premières pages de ma lecture. J'ai admis qu'il existait évidemment des cas de laryngite pseudo-membraneuse, (même des angines pseudo-membraneuses,) auxquels on ne saurait attribuer une origine diphthéritique. Mais ces cas étaient des plus rares, tout-à-fait exceptionnels, et fournissant des éléments de diagnostic si

insignifiants qu'il serait téméraire de nier la nature diphthéritique d'un cas de croup quelconque, qu'il soit ou non précédé ou accompagné d'angine surtout en temps d'épidémie, du moment qu'ils se présentent avec les caractères de la laryngite pseudo-membraneuse, c'est-à-dire la fausse membrane, les altérations de la voix, les accès de suffocation, etc.

Ce sont ces cas de croup non diphthéritique qui, en effet, sont dépourvus de propriétés contagieuses, de phénomènes généraux, d'adénite, de paralysie, d'albuminurie, mais il ne s'en suit pas que l'absence de ces épiphénomènes dans un cas donné de laryngite pseudo-membraneuse soit suffisante pour nier la nature diphthéritique de l'affection, puisqu'il existe des cas admis par tous comme diphthéritiques, quoiqu'ils soient dépourvus de ces divers symptômes pour des raisons que j'ai données avec détails dans le cours de ma lecture.

Sur proposition du Dr H. E. Desrosiers, secondé par le Dr A. A. Foucher, des remerciements sont votés à M. le Dr Prévost pour la communication pleine d'intérêt qu'il vient de faire à la société.

Et la séance est levée.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Hystérie.—*De ses rapports avec d'autres états morbides, etc.* (*Suite et fin*)—Après avoir étudié les rapports de l'hystérie avec les fièvres essentielles, les phlegmasies et le traumatisme, M. Huchard fait observer que le *rhumatisme* et l'hystérie peuvent aussi exercer l'un sur l'autre une influence réciproque remarquable. Il n'est pas rare en effet de rencontrer des cas d'arthrite rhumatismale affectant une ou plusieurs articulations et compliquée d'un état hyperesthésique de la peau et de contraction des muscles qui entourent l'articulation. Nous avons, pour notre part, eu occasion d'observer des malades de ce genre ; presque toujours l'arthrite était mono-articulaire et souvent le diagnostic précis avait présenté d'assez grandes difficultés.

M. Huchard passe ensuite à l'étude des relations qui exis-

tent entre la *tuberculose* et l'hystérie. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*) :

" Sans discuter ici la réalité d'une espèce d'antagonisme entre la névrose et la phthisie, celle-ci, d'après Leudet, enrayant pour un temps les manifestations convulsives et celle-là à son tour retardant la consomption, on peut démontrer que la réunion de ces deux affections sur le même sujet change considérablement le tableau habituel de la maladie. Chez une phthisique, par exemple, arrivée seulement au début de la seconde période, sans qu'il y ait encore de symptômes bien graves, on peut voir survenir une toux quinteuse, incessante, d'un caractère tout particulier ; plus tard, c'est une aphonie subite, puis des hémoptysies qui, fait important, se répètent toujours au moment de la menstruation ; la névralgie des espaces intercostaux supérieurs devient une hypéresthésie de tout un coté de la paroi thoracique ; les apophyses épineuses sont douloureuses, l'anorexie est complète, absolue, invincible ; il peut même survenir, comme dans un cas remarquable cité par M. Huchard, des vomissements particuliers, presque incoercibles qui persistent pendant des mois et même des années. Si l'on s'en tenait à la simple constatation des symptômes, le pronostic serait très grave, mais en les interprétant plus attentivement on voit qu'il n'en est rien ; ces vomissements continuels, cette toux sonore presque aboyante, et rythmée, les hémoptysies menstruelles, cette aphonie si rapide dans son apparition, ne s'accompagnent pas d'un réel retentissement sur l'état général ; malgré la gravité apparente des symptômes, les lésions elles mêmes font peu de progrès ; on reconnait alors que cette transformation et cette exagération des symptômes sont dues à l'hystérie qui s'est fixée en quelque sorte sur l'appareil respiratoire. Il est donc important, dans ces cas, de savoir discerner ce qui appartient à l'hystérie et à la tuberculose.

" A côté de ces faits, on peut en observer de tout à fait différents dans lesquels la tuberculose, survenant chez une hystérique, évolue régulièrement, quelquefois même avec rapidité, atténuant ou même supprimant les phénomènes nerveux, comme les crises convulsives, l'hypéresthésie ou l'hémianesthésie.

" Parfois enfin, chez les hystériques, on peut croire à une tuberculose qui n'existe pas. Ainsi M. Huchard nous a montré dans son service un homme qu'il a pu observer depuis huit mois et chez lequel le diagnostic a été douteux pendant un temps assez long : il entre à l'hôpital pour une affection de l'estomac pour laquelle il a déjà été traité par un médecin des

plus distingués ; il vomit continuellement depuis un mois, à peu près tous les jours, des matières bilieuses abondantes auxquelles se joignent parfois des matières alimentaires ; l'anorexie est absolue, les douleurs gastriques assez vives. Comme ce malade avait autrefois commis quelques excès alcooliques, on croit à l'existence d'une gastrite, on le traite par l'eau de Vichy, par les amers, etc., puis enfin on pratique des lavages de l'estomac qui paraissent pendant quelques jours ramener une légère amélioration, mais qui ensuite restent sans effet.

" D'un autre côté, comme ces accidents gastriques paraissent survenir d'une façon paroxystique, on croit même un instant qu'il s'agit de ces crises gastriques qui constituent parfois pendant un temps assez long des signes précurseurs d'une affection spinale.

" Les vomissements continuent quelque temps encore et s'arrêtent cependant un jour sans cause. Alors le malade commence à tousser d'une toux sèche, un peu quinteuse et sonore sans expectoration ; la paroi thoracique gauche est le siége d'une hypéresthésie cutanée très vive ; le malade a plusieurs hémoptysies peu abondantes, mais réelles ; à l'auscultation, respiration saccadée, mais existant des deux côtés de la poitrine, un peu faible à droite ; à la percussion, submatité très légère dans la fosse sus-épineuse droite.

" En présence de tous ces symptômes, on pouvait croire à l'existence d'une tuberculose commençante et le diagnostic fut un moment hésitant quand survint un jour une franche attaque hystérique arrêtée promptement par la compression du testicule gauche. Le malade sortit du service après avoir eu quelques autres attaques convulsives, mais ne présentant plus ni toux, ni expectoration sanguinolente : l'hypéresthésie cutanée de la région thoracique avait également disparu. Il revint à deux reprises à l'hôpital où il est encore actuellement. La toux a complètement disparu, la pleuralgie gauche moins accusée existe de nouveau, il a eu deux légères hémoptysies ; mais il n'y a aucun amaigrissement, l'état général n'a pas varié depuis huit mois, et, chose singulière, la submatité qui existait au sommet gauche a disparu de ce côté pour se montrer de temps en temps au côté opposé, tantôt dans la fosse sus et sous-épineuse, tantôt dans le creux sus-claviculaire. Or, M. Huchard a remarqué que ces submatités extrêmement trompeuses de certaines régions thoraciques peuvent exister dans l'hystérie en dehors de toute lésion de l'appareil pulmonaire. Elles ont pour caractère d'être mobiles, de changer de place très facilement, et elles sont très probablement dues à un état spécial d'irritabilité musculaire sous l'influence de laquelle certains

muscles entrent repidement en contraction par une percussion même superficielle.

"Pour toutes ces raisons, M. Huchard, après avoir éliminé le diagnostic de gastrite alcoolique, rejette celui de tuberculose et rattache tous les accidents divers que le malade a présentés à l'hystérie. Il s'agit donc dans ce cas d'une *pseudo tuberculose hystérique* dont la réalité s'affirme de jour en jour,"

" Ce ne sont pas là les seules erreurs qui peuvent être commises : ainsi une malade de 48 ans était atteinte de paraplégie de troubles parétiques du côté du diaphragme et d'une accélération considérable des mouvements respiratoires (60 à 70 par minute). Ces symptômes réunis avaient éveillé chez un médecin rompu à ces questions de diagnostic l'idée d'une affection bulbaire ou spinale ; mais par une observation longue et attentive, M. Huchard s'aperçut bientôt que la dyspnée n'était pas réelle, qu'il n'y avait pas difficulté de la respiration mais seulement une extrême fréquence des mouvements inspiratoires, une véritable polypnée sans dyspnée, entrecoupée souvent de profonds soupirs. Un jour enfin on put assister à une violente attaque d'hystérie et la malade sortit après un mois, complètement guérie de tous ces accidents qui avaient suscité d'abord un pronostic si grave."

L'importance pratique des observations précédentes est sans aucun doute considérable. L'état hystérique joue dans la pathologie des diverses maladies de la femme, un rôle qui n'a peut être pas été suffisamment étudié jusqu'ici. Les erreurs de diagnostic dûes à l'hystérie compliquant certaines affections sont loin d'être rares. Tout dernièrement nous avons pu voir une hystérique chez qui la fréquence des mouvements inspiratoires (*polypnée*) avait produit une telle sécheresse de la langue, que le cas avait été pris tout d'abord, malgré l'absence de râles et de matité, pour une phlegmasie grave des organes respiratoires. Subséquemment il se manifesta des symptômes hystériques qui révélèrent la véritable nature de l'affection.

H. E. D.

—

De l'ascite curable des alcooliques (*Suite et fin*).—Ces deux faits étant établis, 1° que les abus alcooliques pouvaient seuls expliquer la présence de l'ascite dans ce cas ; 2° que le malade souffrait en outre de congestion du foie et de péritonite chronique, M. Bouveret démontre par quel mécanisme ces deux dernières lésions peuvent produire l'hydropisie péritonéale.

D'après Murchison " il n'est pas rare de constater, dans la con-
" gestion du foie, des signes d'obstruction de la circulation porte
" Dans les cas aigus il peut y avoir de la tension dans l'hypo-
" chondre gauche et extension de la matité splénique, tandis
" que dans les cas de plus longue date il peut y avoir des
" hémorrhoïdes ou de l'ascite." (1)

M. le professeur Semmola va plus loin encore et parle d'une forme spéciale de cirrhose accompagnée de troubles de la circulation veineuse abdominale, tuméfaction assez grande du foie et ascite. Cette cirrhose serait susceptible de guérison et aurait pour causes l'alcoolisme, l'impaludisme, etc. On la traiterait au moyen de l'iodure de potassium, régime lacté, etc., traitement efficace, paraît-il, dans bon nombre de cas, bien que le volume de l'organe malade resté augmenté pendant un certain temps encore. Or, nous retrouvons dans cette description de M. Semmola toute la série des faits relatés dans l'observation de M. Bouveret.

M. Leudet dit avoir aussi lui rencontré chez les sujets alcooliques " une hépatite interstitielle sub-aigue de forme conges-
" tive et guérissant facilement."

On voit donc qu'à la rigueur, les lésions hépatiques seules pouvaient expliquer la présence de l ascite dans le cas rapporté par M. Bouveret, et que la nature de ces mêmes lésions rendrait aussi compte de la curabilité de l'hydropisie. Mais nous avons vu que le malade avait offert également des signes de péritonite chronique, froissements péritonéaux, etc. Cette inflammation du péritoine serait peut-être ici la principale cause de l'ascite. " En effet, dit l'auteur du travail que nous analysons, depuis les observations de M. Lancereaux et de M. Leudet, on sait que l'alcoolisme peut provoquer des lésions du péritoine, soit directement, en l'absence de toute autre lésion abdominale, soit indirectement et par l'intermédiaire de quelque altération viscérale ; c'est ainsi que les congestions ou les inflammations du foie d'origine alcoolique, les gastrites ou les entérites peuvent être le point de départ d'une inflammation subaiguë ou chronique du péritoine qui, d'abord partielle, peut ensuite s'étendre et se généraliser.

M. Lancereaux admet l'existence d'une péritonite chronique alcoolique primitive (*Archives gén. de méd.*, 1862-1863). " Dans tous les cas, dit-il la péritonite était survenue spontanément et sans cause appréciable, mais ces malades faisaient depuis longtemps abus de liqueurs alcooliques. A l'autopsie, on trouve dans l'abdomen un liquide séreux, jaunâtre, précipitant par

(1) MURCHISON. *Leçons cliniques sur les maladies du foie*, p. 136.

l'acide nitrique, et des néo-membranes tapissant une étendue quelquefois considérable de la séreuse et faisant adhérer les viscères abdominaux. Du reste, pas d'autres lésions viscérales que la dégénérescence graisseuse du foie dans un cas, et dans un autre, des ulcérations de l'estomac."

M. le professeur Leudet qui s'est beaucoup occupé de ces questions attribue à l'irritation subaigue ou chronique du péritoine la plupart de ces ascites des alcooliques, d'ailleurs très rares qui guérissent quelquefois d'une façon temporaire ou définitive. D'après lui, et les observations qu'il rapporte tendent à le prouver, dans la grande majorité des cas, la péritonite serait alors secondaire à certaines lésions des viscères abdominaux, surtout la gastrite scléreuse et l'entérite. Mais M. Bouveret ne croit pas que chez le malade sujet de son observation la péritonite ait été causée par quelque maladie préalable des viscères abdominaux, à moins que l'on invoque la congestion hépatique dont souffrait le patient comme point de départ de la péritonite.

Après avoir rappelé le fait que la péritonite chronique, même celle de nature tuberculeuse est susceptible de guérison M. Bouveret résume ainsi sa manière de voir sur le sujet:

" La conclusion de mon observation et des réflexions qu'elle peut suggérer, c'est que, chez un alcoolique qui a souffert de troubles digestifs et chez lequel le développement de la cirrhose atrophique est possible et même vraisemblable, l'apparition de l'ascite n'indique pas fatalement l'existence de cette affection du foie. En regard de l'ascite de l'hépatite interstitielle atrophique, incurable comme la lésion qui lui a donné naissance, il faut placer une forme d'ascite causée par des lésions moins profondes, quoique relevant aussi de l'alcoolisme, de siége et de nature variables, et dont l'amélioration ou même la guérison définitive sont possibles. Telles sont, parmi ces lésions, causes de l'ascite curable, la congestion du foie (Murchison,) peut être une forme non atrophique de l'hépatite interstitielle (Semmola), et la péritonite chronique alcoolique primitive ou secondaire, péritonite secondaire, quand elle a pour point de départ une lésion viscérale d'origine alcoolique (Leudet), péritonite primitive, lorsque l'inflammation de la séreuse semble directement provoquée par l'ingestion de l'alcool et sans l'intermédiaire d'une lésion viscérale (Lancereaux)."

Le diagnostic à établir entre l'ascite alcoolique incurable et celle que l'on peut guérir est excessivement difficile, puisque les troubles fonctionnels tels que désordres digestifs, urine rare et sédimenteuse, etc., sont les mêmes dans l'un et l'autre cas. La même incertitude existe au point de vue des signes phy-

siques. Il est difficile, quand le ventre est passablement distendu par les gaz et le liquide de percuter convenablement le foie et d'en limiter les contours. L'existence des symptômes de la péritonite chronique est plus concluante que tout le reste: il est vrai que la cirrhose atrophique peut exister concurremment avec la péritonite. Dans ce cas le diagnostic positif devient d'une extrême difficulté.

" Donc, conclut M. Bouveret, par l'examen des signes et des symptômes actuels, on ne peut guère aller au-delà des présomptions; seule, la marche de la maladie peut permettre de conclure avec certitude à l'absence, au moins à l'epoque où fut constatée l'ascite, d'une cirrhose atrophique. Si l'ascite a définitivement disparu, soit après une ponction, soit sous l'influence d'un traitement médical, si surtout les troubles fonctionnels venant à cesser, l'état de la nutrition s'améliore très-notablement, l'idée d'une lésion aussi profonde et irréparable que l'atrophie cirrhotique doit être définitivement écartée ; il s'agit certainement d'une ascite curable. Quant à déterminer exactement la cause de cette ascite curable, quant à faire un diagnostic anatomique rigoureux, la chose paraîtra plus difficile encore; d'autant plus que, le plus souvent, on trouvera probablement associées les diverses causes de l'ascite curable; congestion hépatique, hépatite interstielle non atrophique, péritonite chronique. Mon malade se trouvait précisément dans ces conditions ; il avait le foie gros et présentait des frottements péritonéaux."

L'incertitude du diagnostic différentiel rend passablement incertaines les méthodes de traitement. Si l'on a lieu de croire à une ascite curable, c'est-à-dire, ne reconnaissant pas pour point de départ la cirrhose atrophique, la ponction abdominale sera indiquée de bonne heure, certainement, ce qui est généralement conseillé dans le cas d'hépatite interstitielle incurable. Il sera de plus très utile d'opérer au moyen de l'aspiration, et avec un trocart capillaire. En outre, on emploira les moyens adjurants ordinaires, tels que le régime lacté, l'iodure de potassium à haute dose si le foie semble congestionné et est volumineux; contre la péritonite chronique, les badigrammes à la teinture d'iode et les vésicatoires.

" En résumé, ajoute l'auteur, l'ascite venant à paraître chez un alcoolique dyspeptique ou qui souffre du foie, indique très probablement l'existence d'une atrophie cirrhotique plus ou moins avancée, mais non pas d'une manière certaine. A cette ascite incurable de la cirrhose atrophique, on peut, en effet, opposer l'ascite curable, beaucoup plus rare, il est vrai, due à diverses lésions du foie ou du péritoine. L'observation que j'ai

rapportée tend à démontrer que cette ascite curable peut être soupçonnée si le foie est volumineux et s'il existe des signes évidents (frottements péritonéaux, douleurs spontanées ou à la palpation) d'une péritonite chronique primitive ou secondaire."

Il nous a paru utile de faire part à nos lecteurs du travail de l'éminent médecin de Lyon, vû la grande fréquence de l'ascite et de la cirrhose hépatique dans notre pays. La plupart du temps cette derniére lésion est en cause et suffit à faire déclarer incurable l'hydropisie péritonéale. Mais les cas d'ascite curable sont encore assez peu rares pour que leur étude mérite de fixer l'attention du praticien. H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Cure radicale de la hernie.—Deux méthodes pour la cure radicale de la hernie sont à l'ordre du jour : 1° celle de Wood qui consiste à ligaturer le sac et à en suturer l'ouverture et 2° la méthode de Heaton qui a pour but d'obturer le canal et de faire contracter l'anneau externe par l'injection d'un liquide irritant et astringent, sans autre intervention chirurgicale. Une courte esquisse de cette question d'actualité sera peut-être utile à nos lecteurs.

1° Le *International Journal of Medicine and Surgery* reproduit une analyse de dix-neuf opérations, par la première méthode, pratiquées à la Clinique Chirurgicale d'Heidelberg par le Prof. Czerny, Braun et Kaiser ; en voici le résumé : mais rappelons d'abord en quoi consiste cette méthode. Supposons un cas typique, une hernie inguinale formée d'une anse intestinale enveloppée d'un sac herniaire non adhérent. Le chirurgien pratique d'abord la kélotomie classique avec toutes les précautions antiseptiques et s'efforce de rendre l'opération aussi exsangue que possible; le sac est divisé et l'intestin réduit. Alors le chirurgien ligature le sac herniaire aussi haut que possible avec de la soie carbolisée ou du catgut, l'orifice en est fermé par quatre ou cinq points de suture, puis la cavité du sac largement ouverte est lavée avec une solution d'acide carbolique à cinq pour cent, un drain est placé dans la plaie dont les bords sont ensuite réunis par des sutures.

Mais, comme on le sait, la kélotomie est la boîte à surprises de la chirurgie et les choses ne s'y passent pas toujours comme le chirurgien se permet de le prévoir. Le sac herniaire peut

faire complètement défaut ou être tellement mince et friable qu'il ne peut être question de le ligaturer, ou bien encore on peut être forcé de réduire le sac, en tout ou en partie, avec l'intestin, dans ce cas on se contente de suturer l'orifice interne. Le sac peut présenter des adhérences, il faut alors se contenter d'en ligaturer la partie libre et de suturer l'orifice interne, mais comme on le voit, le principe reste toujours le même, intercepter autant que faire se peut toute communication entre la cavité abdominale et le trajet inguinal.

Les 19 opérations d'Heidelberg pratiquées sur 16 patients (trois d'entr'eux pour hernie double) ont donné les résultats suivants, laissant de côté deux cas terminés fatalement, l'un par pyémie, l'autre à la suite de contusions indépendantes de l'opération.

La ligature complète du collet du sac accompagnée de suture de l'ouverture herniaire fut pratiquée dans neuf cas de hernie inguinale et dans deux cas de hernie de lipôme adipeux dans la ligne blanche. Dans un de ces cas le sac fut divisé au-dessous de la ligature et enlevé. La guérison de la plaie s'effectua six fois sans suppuration dans l'espace de six à dix jours; quatre fois après suppuration en 14, 16, 36 et 39 jours; un cas se termina fatalement à la suite de pyémie. Un bandage herniaire fut appliqué à tous les patients à leur sortie de l'hôpital.

Dans six cas de hernie inguinale chez des adultes il y eut récidive locale au siége de l'opération, plusieurs mois après; dans un cas la récidive eut lieu au bout d'un an, mais la hernie fut peu volumineuse et facile à contenir par le bandage herniaire. Les deux cas de lipôme furent radicalement guéris. Une femme qui mourut de pneumonie six semaines après l'opération ne présentait à l'autopsie aucune trace d'ouverture herniaire. Chez un enfant, la guérison est permanente trois ans après l'opération.

La ligature partielle du sac accompagnée de sutures de l'ouverture fut pratiquée chez deux enfants; la guérison eut lieu en 24 et 30 jours, chez le premier une récidive locale plusieurs mois après l'opération fut guérie par l'usage du bandage, comme on put le constater dix mois plus tard; chez l'autre une récidive fut traitée de la même manière pendant toute une année mais se renouvela à la suite de la coqueluche.

L'ouverture herniaire seule fut suturée dans quatre cas. La guérison s'effectua en 14, 18, 27 et 51 jours. Chez le premier (adulte) une récidive eut lieu plusieurs semaines après l'opération; chez le deuxième (adulte) tout alla bien pendant un an, puis il y eut récidive partielle; le troisième et le quatrième (enfants) furent radicalement guéris comme on put le constater 34 et 19 mois après l'opération.

De ces résultats il semble permis de conclure que l'opération pour la cure radicale de la hernie est indiquée: quand il y a étranglement ou que la kélotomie n'en est pas, par là, rendue plus dangereuse; dans les hernies volumineuses irréductibles qui mettent le patient dans l'impossibilité de travailler et lui sont un insupportable ennui; enfin quand il s'établit une fistule fécale dans le sac herniaire. Dans tous ces cas, en supposant que la guérison radicale ne soit pas obtenue, la hernie ou sa récidive, qui, dans ces 19 cas n'a jamais reproduit une ouverture aussi grande, peut être contenue par un bandage. L'opération ne doit pas être tentée dans les cas de hernies peu volumineuses sans complications, car la guérison ne saurait être promise d'avance et le patient ne serait pas dispensé de porter le bandage herniaire.

Chez les enfants affectés de hernie étranglée, ou de hernie volumineuse difficilement réductible ou impossible à guérir par le bandage herniaire, l'opération donne des résultats encore plus favorables que chez l'adulte dans les cas où il est possible de faire efficacement le pansement antiseptique.

Il est préférable de combiner, quand la chose est possible, la ligature du collet du sac avec la suture de l'orifice interne car on ne saurait encore assigner à chacun de ces procédés la part qui lui revient dans la cure radicale de la hernie.

La méthode de Heaton diffère essentiellement comme nous allons le voir, du procédé de cure radicale de Gerdy par invagination du scrotum et de celui de Bonnet qui a pour but de déterminer une inflammation adhésive des parois internes du sac. La nouvelle méthode a pour objet (*Heath, in Buffalo Med. Journ.*, avril 1881, janv. 1882) de développer, par l'action d'un irritant qui jouit aussi de propriétés astringentes, une irritation tendineuse qui détermine la contraction des tissus et des anneaux fibreux et la formation de lympho plastique. Ces tissus et anneaux fibreux étant la cause première et principale de la lésion, à eux seuls s'adresse le remède. Le peu d'activité de l'irritant qu'on emploie, le siège sous-cutané de l'opération, le peu de vascularité des tissus nous rendent compte du caractère circonscrit de l'irritation obtenue, tandis que la permanence des effets obtenus est dûe à un travail interstitiel et hyperplasique et à la tendance qu'a le tissu fibreux à se régénérer lentement comme on le voit dans les lésions articulaires et valvulaires du cœur.

Les premiers essais datent de 1842, mais pour des raisons particulières Heaton ne crut pas devoir rendre publics les résultats de sa longue expérience. Tout récemment il publia, en collaboration avec Davenport, un opuscule dans lequel il

expose sa méthode. Warren, un de ses prosélytes, a publié depuis, sur le même sujet un ouvrage (*A practical treatise on Hernia*, Osgood & Co, Boston) dont le Dr Marcy a fait une bonne critique dans les *Annals of Anatomy and Surgery*, (janvier 1882.)

L'agent irritant mis en usage est l'extrait fluide de *Quercus Alba* préparé *in vacuo* et auquel on ajoute l'extrait solide dans la proportion d'une demie once du premier pour quatorze grains du second et une petite quantité de morphine pour calmer la douleur, le tout est trituré à la chaleur jusqu'à solution parfaite; la modification suivante due à Warren et empruntée à l'analyse du Dr Marcy, nous semble préférable.

Extr.-fld. de chêne blanc.....	180.00	gram.
Evaporé à.....	60.00	—
Alcool à 90.....	15.00	
Ether sulphurique	.50	
Sulfate de morphine.....	.25	
Teinture de veratrum viride.....	.50	

M. S. —Injectez 15 ou 20 gouttes pour les hernies petites ou récentes, 25 ou 30 gouttes pour les hernies volumineuses ou anciennes.

L'auteur prétend que ce liquide est antiseptique, peut être employé sans danger et ne produit que très rarement la suppuration.

L'injection est pratiquée au moyen de la seringue de de Garmo dont le piston est mû par un pas de vis et qui s'adapte à une aiguille d'aspirateur recouverte d'une canule qui permet d'en masquer la pointe dans le canal inguinal. Warren a fait à ce petit instrument plusieurs modifications qu'il prétend très avantageuses.

L'aiguille de Warren présente une pointe large et assez mousse pour ne pouvoir que difficilement percer un vaisseau, elle est aplatie et légèrement coutournée en spirale pour faciter son introduction. Au lieu de l'ouverture terminale unique, elle en présente plusieurs latérales afin de baigner plus uniformément les tissus.

Voici le manuel opératoire tel que décrit par Heath: Le patient dont les intestins auront été vidés le jour précédent est mis au lit et la hernie est réduite. Le sac devra être réduit avec l'intestin quand faire se pourra, car si sa présence dans le trajet inguinal n'empêche pas l'opération de réussir elle en amoindrit les bons effets. Le point important est de déterminer la position exacte de l'anneau abdominal externe par le procédé

ordinaire de l'invagination du scrotum pratiqué avec l'index gauche pendant que le droit détermine le rapport précis de la paroi avec l'anneau ; ceci fait, *l'aiguille* est introduite dans le canal à travers la paroi antérieure de l'anneau entre le bord interne du pilier externe et la face correspondante du doigt qui sert de guide et refoule le cordon spermatique vers la ligne médiane. Après s'être assuré que la pointe de l'aiguille se meut librement dans le trajet, l'opérateur l'y introduit aussi loin que possible et presse le piston de la seringue en la retirant lentement de manière à baigner efficacement les parois du canal. On établit ensuite une compression énergique de haut en bas et de bas en haut suivant l'axe du trajet. Le malade reste dans le décubitus dorsal pendant une semaine environ et les intestins sont tenus au repos. Il devra porter pendant un mois un bandage herniaire.

Dans un certain nombre de cas, il faut répéter l'opération surtout dans ceux qui présentent des ouvertures larges et flasques, ou qui reconnaissent pour cause un traumatisme qui a déchiré les anneaux et dans les hernies congénitales causées par un tissu fibreux anormalement peu développé.

Sur 150 opérations bien authentiques on ne compte que douze échecs, mais il faut aussi dire que ces rapports ne font pas mention de l'époque à laquelle on a constaté la guérison, ni du nombre des cas soumis à une ou plusieurs operations subséquentes ni enfin du nombre de ceux qui ont présenté des symptômes inflammatoires prolongés ou un travail de suppuration.

Heath rapporte douze cas, avec un seul échec qu'il attribue à la négligence d'une garde-malade, et un seul accident, l'injection du liquide dans le tissu aréolaire du cordon. Il considère neuf de ces cas comme radicalement guéris.

Il est vrai qu'on peut faire à cette méthode le reproche adressé à la trachéotomie rapide, à savoir: de procéder à l'aveugle. Si on tient compte des changements apportés par la hernie dans la configuration du trajet inguinal et du peu d'épaisseur des tissus qui le séparent de la cavité péritonéale on se rendra facilement compte de la valeur de cette objection. Quoiqu'il en soit c'est un progrès, et, comme le disait Velpeau, " La cure radicale de la hernie serait un triomphe tellement utile à l'humanité que nous devons en faire le but de tous nos efforts."

A. L.

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Traitement de la méningite — (West).

Citrate de potasse	1 gr. 50
Bromure de potassium	0 gr. 75
Teinture d'aconit	0 gr. 05
Teinture de chloroforme	1 gr. 06
Eau distillée	30 gr.
Sirop de mûres	20 —

Une cueillerée à dessert, toutes les quatre heures, pour un enfant d'un an.

Traitement de l'orchite — (Alvarez).

Iodoforme	1 à 2 gr.
Axonge	30 —

Mêlez. — Pour onctions sur le testicule, dans l'orchite blennorrhagique. Cette pommade calme la douleur au bout d'une heure ou deux, abrège très notablement la durée de l'orchite et empêche l'induration consécutive de l'organe malade,

---

Traitement de l'eczéma infantile — (Hardy).

Beurre de cacao	40 gr.
Huile d'amandes douces	10 —
Acide tartrique	1 —
Précipité jaune	0,50 cent.

M. S. A.

Traitement de l'eczéma génital externe de la femme—(J. Chéron).—

Chlorate de potasse	50 gram.
Laudanum de Sydenham	30 —
Aquæ fontis	1 litre.

M. S. A.

On fait tiéder cette solution au bain-marie et, après avoir lotionné avec une petite éponge, on imbibe des compresses et on les laisse appliquer après les avoir recouvertes d'une toile gommée.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, MARS 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

AVIS.

Nous appelons l'attention de nos abonnés sur le changement d'adresse de l'administration. Tout ce qui s'y rapporte devra, dorénavant, être adressé : UNION MÉDICALE, Boîte 2040 B. de P., Montréal. Pour communications verbales on pourra s'adresser soit au Dr A. Lamarche, 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, à l'Hôpital Notre-Dame.

Le cas du "Hervey Institute."

Une nouvelle à laquelle certains journaux ont attaché, dans le temps, une signification énorme, a fait, durant le cours de janvier dernier, le tour de la presse montréalaise. Suivant ce que l'on a raconté, la directrice de l'orphelinat dit *Hervey Institute* aurait fait administrer à ses élèves une correction assez singulière, pour ne rien dire de plus. Laissant de côté les simples férules et autres punitions corporelles ordinaires, elle aurait prescrit aux jeunes récalcitrants et récalcitrantes des *sinapismes* à être appliqués sur le dos, la poitrine, l'abdomen, etc., des délinquants. Ce mode de punition n'était pas, parait-il, du goût des parents des élèves, et quelques plaintes ont été portées. Une enquête ayant alors été ouverte au sujet des faits en question, le résultat a été que Madame Greig, la directrice, a été exonérée de tout blâme, bien qu'il eut été prouvé qu'elle avait en réalité fait appliquer les sinapismes de la manière que nous avons dite, et cela, à plusieurs reprises. Le comité d'investigation a déclaré, non à l'unanimité toutefois, que le fait d'avoir puni ses élèves au moyen de l'application de sinapismes était tout simplement une *erreur de juge-*

ment (*sic*) de la part de Madame Greig, mais il a recommandé à celle-ci de choisir désormais d'autres modes de punition moins révoltants pour le sentiment public.

D'après les témoignages entendus à l'enquête, il n'appert pas que l'application des sinapismes ait produit dans le cas présent aucun mal corporel grave. Mais, à coup sûr, c'était là une arme dangereuse à laisser entre les mains d'une personne étrangère à la thérapeutique, et qui, dans ce cas-ci, demandait des effets calmants à une substance des plus irritantes. L'homéopathie ne va pas jusque là, assurément. Les inconvénients résultant des parties mêmes auxquelles les sinapismes ont été appliqués ne sont pas peu sérieux non plus, et leur gravité n'a échappé à personne. D'ailleurs, l'opinion publique a été unanime à qualifier de barbare et de cruel l'emploi de semblables moyens de répression. Ajoutons aussi que la morale aurait peut être en lieu de se plaindre. Pour notre part, nous nous associons entièrement à ce *tolle* général, et nous formons des vœux pour que de semblables scènes ne se renouvellent pas.

Du reste, l'on est à prendre les moyens d'en finir avec ces désagréments. Une société protectrice de l'enfance est à se former parmi nos concitoyens d'origine anglaise, et nous devons croire qu'elle saura mettre un terme aux abus, quelque part qu'ils se puissent trouver.

Sans vouloir attacher à cet incident plus d'importance qu'il n'en mérite réellement, nous profitons de l'occasion pour essayer de mettre les directeurs de nos hôpitaux, hospices et autres institutions, en garde contre certains abus, beaucoup plus graves, à la vérité, que ceux que nous venons de signaler, et qui peuvent, malgré une surveillance très active, se glisser dans les établissements soumis à leur contrôle. Ces abus ne sont pas toujours le fait de gardes ou d'infirmiers bourrus ou naturellement maussades. Souvent ils ont pour auteurs des subalternes peu scrupuleux qui veulent, tantôt satisfaire de petites rancunes et de petites jalousies, tantôt même assouvir de honteuses passions. Fort heureusement pour l'honneur de l'humanité que de semblables actes se rencontrent presque toujours isolément et que quand ils viennent à la connaissance des autorités, leurs auteurs sont invariablement punis ou congédiés. La plus grande surveillance est nécessaire dans tous les cas, et nous savons que dans les principales institutions de notre ville, elle est rigoureusement exercée.

Malgré tout, cependant, on rencontre encore des gardes-malades qui négligent de donner à leurs patients les soins nécessaires, ou qui préfèrent dormir à leur aise plutôt que de

se déranger. la nuit, pour changer une compresse ou renouveler un appareil, des garçons d'hospice maltraitant les malheureux infirmes confiés a leur garde, des surveillants d'asile ou d'orphelinat abusant de leur position pour commettre certains actes que réprouvent à la fois la morale et le sens commun.

La *France Médicale* rapportait dernièrement un fait très grave qui venait de se passer à Bicêtre. Pendant plus de trois mois et demi, un garçon de dortoir s'était livré, sur des enfants idiots et épileptiques, à des actes d'immoralité dont la conséquence avait été que quatre enfants ont contracté la syphilis. Ce garçon avait déjà été expulsé de l'hôpital Cochin pour un délit analogue, Nous ne voulons certes pas assimiler ce dernier fait au cas du *Hervey Institute*, mais nous le rapportons afin de faire voir, suivant les expressions même de la *France Médicale*, "avec quelle légèreté se recrute parfois le personnel des infirmiers, et combien est insuffisante la surveillance exercée dans les hôpitaux."

Si tant est que la surveillance est difficile, il ne s'en suit pas qu'elle soit impossible. Seulement, elle doit être faite par les autorités mêmes et non par des chargés de pouvoirs. De plus, elle doit être constante et ne jamais se ralentir. Que le surintendant d'un asile ou hospice, que le médecin résidant d'un hôpital fasse sa ronde à toute heure du jour et même de la nuit dans les salles soumises à son contrôle, qu'il aille observer les gardes à des heures où il est peu attendu, qu'il les surprenne en flagrant délit de paresse ou d'inconduite, qu'il ne laisse enfin échapper aucune occasion d'exercer son zèle, et nous réussirons peut-être à éviter des scandales du genre de celui de Bicêtre et les ridicules désagréments que nous avons rappelés au sujet de l'affaire du *Hervey Institute*.

Examens pour l'admission à l'étude de la médecine.

Il est venu plus d'une fois à notre connaissance que des aspirants à l'étude de la médecine ont été mis, par des gens intéressés, sous la fausse impression qu'ils pouvaient se dispenser de subir l'examen préliminaire exigé par le Collége des Médecins et Chirurgiens et qu'ils pourraient après quatre années d'étude obtenir la licence provinciale. Comme nous avons déjà eu occasion de désabuser, documents en mains, un

de ces aspirants mal conseillés, nous croyons prudent de prémunir ceux qui pourraient être actuellement ou à l'avenir exposés à la même exploitation.

La loi médicale n'offre pas d'ambiguités à ce sujet, comme on le voit par le texte de la clause 8 que nous reproduisons:

" Depuis et après la passation du présent acte personne ne sera admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique avant d'avoir obtenu un certificat de qualification du dit bureau provincial de médecine.

" Et personne n'aura droit à une licence du collége sur présentation d'un diplôme à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions du présent acte ou à moins qu'il n'ait subi un examen préliminaire équivalent devant un collége, une école ou un bureau autorisé par la loi à exiger et faire subir de tels examens préliminaires dans les possessions de Sa Majesté Britannique, *ailleurs que dans la province de Québec* et acceptables au bureau créé par le présent acte."

Il est difficile d'admettre la pureté d'intention et le désintéressement de ceux qui essaient de persuader les aspirants du contraire.

Cependant, les facultés et écoles de médecine peuvent, si bon leur semble, donner leur diplôme à un élève qui n'a pas subi l'examen préléminaire du bureau, mais dans ce cas, le porteur pourra tirer le meilleur parti possible de son diplôme en dehors de la Province de Québec, mais n'aura pas droit à la licence du collége des médecins et chirurgiens.—Avis aux intéressés et gare aux spéculateurs !

Les enlèvements de cadavres et l'acte d'anatomie.

Chaque hiver ramène devant le public, sous des formes toujours anciennes et toujours nouvelles, le vieil abus des enlèvements de cadavres. Depuis qu'il existe des facultés de médecine à Montréal on a dû recourir à la violation des cimetières, au vol audacieux ou rusé pour en alimenter les salles de dissection.

Le nombre des *expéditions*, suivant le terme classique des étudiants, est à peu près le même chaque année ; tantôt exécutées sans dégats et sans bruit, elles ne laissent pas de traces ou si peu que les rapports qu'on en lit périodiquement sur les journaux ne troublent guère l'indifférence du public qui semble

sinon approuver du moins tolérer le fait, le lendemain on n'y pense plus ; de temps à autre, malheureusement, ces excursions sont accompagnées de déprédations regrettables et des scènes les plus affligeantes. Ce qui vient de se passer à Saint Vincent de Paul en est l'exemple le plus récent, mais non le moins frappant. Les journaux quotidiens nous en ont fourni les détails. Le charnier est tellement démantelé qu'on a cru plus facile et moins coûteux d'en construire un nouveau que de relever l'ancien de ses ruines. Des treize cadavres qu'il contenait cinq ont été enlevés, mais dans leur fuite précipitée, les démolisseurs en ont laissé glisser un sur la route et n'osant s'arrêter pour le reprendre l'ont laissé nu et la corde au cou sur le chemin. On devine facilement les hauts cris de la population et le désespoir des parents et amis des morts enlevés. Les détectives sont à la recherche des ravisseurs qu'ils n'ont pu jusqu'aujourd'hui et qu'ils ne pourront probablement pas atteindre.

Nous sommes loin d'approuver et même d'excuser de pareils actes de vandalisme pas plus que nous n'excusons l'homicide en thèse générale, mais il faut bien admettre dans un cas comme dans l'autre des circonstances atténuantes. La loi d'un côté oblige l'étudiant de disséquer un certain nombre de cadavres avant d'obtenir son diplôme et de l'autre lui défend ou l'empêche de se les procurer. Il n'a qu'une issue au dilemme et il en profite en dépit de la loi au détriment de sa santé et souvent au péril de sa vie. Ceux d'entre nous qui ont eu l'expérience de cette corvée savent que tout n'y est pas rose.

Personne ne saurait nier aujourd'hui que l'anatomie est la base de la médecine, on sait ce qu'était celle-ci avant Vésale et malgré toutes les lois, malgré les peines les plus sévères, on n'empêchera jamais l'enlèvement des cadavres, si la loi ne se charge elle même d'approvisionner les amphithéâtres de dissection. La médecine scientifique ne saurait consentir à rétrograder vers l'empirisme du moyen âge.

Il faut nécessairement des cadavres pour les fins de dissection, personne ne le conteste. Jusqu'à ce jour, les élèves ont dû y pourvoir pour les expéditions et dans maintes occasions ils n'ont respecté pour parvenir à leur but ni la propriété publique, ni la douleur des parente. Il n'y a qu'une classe de gens dont le cadavre puisse sans inconvénient servir à la dissection : ce sont ceux qui ne laissent après eux ni parents ni amis et dont la dépouille mortelle reste à la charge de l'état.

Nous n'en sommes plus au temps ou c'était un crime de verser le sang du patient pour lui sauver la vie ou de pratiquer une autopsie pour sauvegarder la vie d'une famille. Tout

l'odieux de la dissection se résume dans l'atteinte portée au respect et à l'affection portée au défunt par sa famille. Supprimez cela et il ne reste que des objections sentimentales et poétiques que compensent amplement les avantages qu'en retirent la science et la philantropie. Il n'y a qu'à regarder autour de soi pour trouver bien d'autres nécessités plus pénibles que celle-là.

On sait que la morgue, les pénitenciers, les prisons, les asiles d'aliénés, les hospices et autres institutions du même genre subventionnées par le gouvernement pourraient sans froisser ni l'opinion publique, ni la famille alimenter amplement nos amphithéâtres et couper court à la pénible nécessité de violer les cimetières. On a bien compris que c'est là le meilleur, l'unique remède, puisque la législature a sanctionné un acte d'anatomie qui nous conviendrait parfaitement s'il était appliqué.

Nous publions ci.dessous cet acte d'anatomie tel qu'amendé et sanctionné par la législature provinciale. On trouvera dans ce document l'explication et l'excuse de l'état de choses actuel et surtout le remède qu'il convient et qu'il est facile d'y apporter. Malheureusement cette loi est restée lettre morte et les gens chargés de l'exécuter se prêtent de la plus mauvaise grâce possible à l'exécution de leurs devoirs et les choses ne peuvent qu'aller de mal en pis tant qu'on n'aura pas transformé en charge la sinécure d'inspecteur d'anatomie.

Petite Correspondance.

Un abonné.—Quels sont les ouvrages les plus récents sur les maladies des femmes ?

R.—*Courty*, Traité pratique des maladies de l'utérus de trompes et des ovaires 2 vol. in 8° reliés, $7.20 chez J. B. Rolland, à Montréal.

Barnes, Traité clinique des maladies des femmes, 1 vol. 16 francs, chez G. Masson, à Paris.

West, Leçons sur les maladies des femmes, traduit par Mauriac, 1 vol. 14 francs, chez Savy, à Paris.

West, The diseases of women, fourth edition, edited by Mathews Duncan, 1 vol. $5.00, chez Blackiston, à Philadelphie.

Althill, Diseases of women, fifth edition, 1 vol., $[illegible].25, chez Blackiston, Philadelphie.

Churchill, Traité pratique des maladies des femmes, traduit de l'anglais sur la cinquième édition et annoté par Wieland & Dubrisay, 1 vol., 25 francs, chez J. B. Baillière, Paris, France.

Gaillard-Thomas, Diseases of women, fourth edition, 1 vol. chez Lea, à Philadelphie.

Si vous ne désirez vous procurer qu'un seul de ces ouvrages nous vous conseillons de choisir de préférence Courty.

Livre reçu.

Marriage and parentage and the sanitary and physiological laws for the production of children of fixer health and greater ability by *A physician and Sanitarian* published by M. L. HOLBROOK & Co, New-York, 1882.

Brochures reçues.

An aid to the Mechanical Treatment of weak ankles and inverted feet, a contribution to orthopœdic surgery, by CHARLES F. STILLMAN M. D. of New-York.

A New System of Surgical Mechanics, a contribution to orthopœdic surgery by CHARLES D. STILLMAN, M. D. of New-York.

Currant Fallacies about vaccination, a letter to Dr Carpenter, C. B., by P. A. TAYLOR, M. P., London, 1881.

The Fourth Annual Report of the Presbyterian Eye and Ear Charity Hospital, for the year ending December 1st. 1881, BALTIMORE, Md.

Catalogue of Medical, Dental, Pharmaceutical and Scientific Publications, with classified list and subject index, published by P. BLACKISTON, SON & Co., 1012 Walnut st, Philadelphia.

NOUVELLES MÉDICALES.

Société de protection de l'enfance.—Ce qui vient de se passer au " Hervey Institute " a suggéré à un philanthrophe, M. Lovell, l'idée de fonder à Montréal une *Société de protection de l'enfance*, analogue à celle de New-York. Nous souhaitons à M. Lovell tout le succès que mérite sa généreuse idée.

Nous admettons volontiers que semblable société ne devrait pas avoir sa raison d'être, l'instinct, la loi naturelle devraient être assez puissants pour protéger l'enfant contre la brutalité de certains parents. Malheureusement, force nous est bien de prendre le monde tel qu'il est et il n'y a pas à se dissimuler qu'une société protectrice de l'enfance est de beaucoup plus nécessaire qu'une société protectrice des animaux.

Chaire des maladies nerveuses.—La Faculté de Médecine de Paris vient de fonder une chaire de clinique des maladies nerveuses. Le Prof. Charcot a été choisi pour la remplir. A cette Chaire sont attachés : un chef de laboratoire, un chef de clinique, un préparateur et un garçon de laboratoire. M. Hayem a été nommé à la chaire d'anatomie pathologique laissée vacante par la promotion de M. le Prof. Charcot.

Les analyseurs publics en cour de justice.—Il s'est élevé dernièrement une difficulté entre le Dr Baker Edwards et Son Honneur le "Recorder" à propos d'analyse de lait. Son Honneur paraît être d'opinion qu'il lui appartient de décider en dernier ressort si un échantillon de lait suspect contient ou non plus d'eau qu'il ne convient. Le Dr Edwards dans une communication au *Star* dit que tout récemment un magistrat d'Angleterre ayant rendu un jugement basé sur cette prétention, sa décision fut renversée par la Cour d'appel qui décida que l'opinion de l'analyseur constitue une preuve "prima facie" qui ne peut être infirmée que par une preuve scientifique contradictoire et que conséquemment l'opinion du magistrat était également erronnée. Jusqu'ici nous avions eu la prétention de croire qu'il était impossible d'en juger autrement.

Cercle Médical.—MM. les élèves en médecine de l'Université-Laval à Montréal ont eu l'heureuse idée de se constituer en *Cercle Medical.* Aux élections qui ont eu lieu les officiers suivants ont été élus : L. N. Matte, M. B., président ; M. J. O. Goyette, vice-président ; M. A. Joyal, M. B., secrétaire. Comité de Régie : MM. J. Leroux, M. B., A. R. Marsolais, M. B., A. Barnaud et J. Desjardins.

VARIÉTÉS.

Le premier journal de médecine.—Le premier journal régulier, fut publié à Paris en 1679. Il avait pour titre : "Les Nouvelles Découvertes sur toutes les parties de la médecine."

Proverbe Chinois.—Les maladies de peau sont si communes en Chine, qu'un dicton du pays affirme que "sur dix hommes, *onze* sont affectés de la gale." On demande un dermatologiste.

Supplément de "l'Union Médicale."

Acte concernant la pratique de la médecine et de la chirurgie et l'étude de l'anatomie.

Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement du Conseil Législatif et de l'Assemblée Législative du Canada, décrète ce qui suit :

1o. MEDECINE ET CHIRURGIE.

1o. Quiconque obtient une licence, ou est autorisé par la loi à pratiquer comme médecin ou chirurgien, ou comme l'un ou l'autre, soit dans le Haut.Canada, soit dans le Bas-Canada, pourra pratiquer dans aucune partie de cette province, de la même manière qu'il eût pu le faire dans l'une des dites parties de cette province, si cet acte n'eût pas été passé, mais il sera soumis aux mêmes lois auxquelles ceux qui pratiquent sont soumis dans cette partie de la province où il est appelé à pratiquer. (45 Vic., c. 41.)

2. ANATOMIE.

2o. Les cadavres des personnes trouvées mortes, et exposés publiquement, ou de celles qui, immédiatement avant leur décès, étaient à la charge de quelqu'institution publique recevant une subvention du gouvernement provincial, seront livrés aux personnes désignées ci-après, à moins que le défunt ne l'ait autrement prescrit; mais si le cadavre est réclamé dans le temps ordinaire pour l'inhumation, par des amis ou parents de bonne foi, ou si le défunt en a autrement ordonné avant son décès, comme susdit, le cadavre sera livré à ses parents ou amis, ou décemment inhumé. (7 V., c. 5, § 1.)

AMENDÉ.—1. *Les cadavres des personnes trouvées mortes et exposées publiquement, ou de celles qui, étant à la charge de quelqu'institution publique recevant une subvention du gouvernement provincial, seront livrés aux personnes désignées ci-après, à moins qu'ils ne soient réclamés dans le temps ordinaire pour l'inhumation par des parents pas plus éloignés que le troisième degré, et tel degré de parenté sera affirmé par le serment du réclamant.*

2. *Toute clause du dit chapitre* 76 *ou de tout autre acte incompatible avec les présentes est abrogé.*

3o. Les professeurs publics d'anatomie ou de chirurgie, ou les médecins pratiquants ordinaires ayant trois élèves ou plus pour l'instruction desquels ces sujets sont réellement nécessaires, auront droit d'obtenir les cadavres non réclamés ; mais s'il y a dans la localité quelque école publique de médecine, cette école aura, de préférence, droit d'obtenir les cadavres. 7 V., c. 3, § 2.)

4o. Le gouverneur pourra nommer, sous son bon plaisir, une personne qui ne pratique pas la médecine, mais qui possède quelque charge municipale, et n'est liée à aucune école de médecine publique ou particulière, pour être l'inspecteur d'anatomie, pour chaque ville, cité ou localité où il existe une institution publique ou école de médecine comme susdit. (7 V., c. 5, § 3.)

AMENDÉ ET REMPLACÉ.—4. Le lieutenant-gouverneur pourra nommer, sous son bon plaisir, une personne qui ne pratique pas la médecine, et n'est liée à aucune école de médecine publique ou particulière, pour être l'inspecteur d'anatomie pour chaque cité, ville ou localité où il existe une institution publique ou école de médecine comme sus-dit. (S. R. C., c. 76.)

AMENDÉ.—*Le lieutenant-gouverneur en conseil nommera, sous son bon plaisir, tout coronaire ou tout médecin non lié à quelque école de médecine publique ou particulière, ou toute autre personne qualifiée pour être l'inspecteur d'anatomie pour chaque cité, ville ou localité où il existe une institution publique ou école de médecine comme sus-dit.*

5o. Il sera du devoir de *chaque inspecteur d'anatomie :*

I. De tenir un registre du nom, de l'âge, du sexe et du lieu de naissance, (s'il peut être constaté), des personnes dont les cadavres ne seront pas réclamés et qui seront livrés à la dissection.

II. Tenir un registre de tous les médecins pratiquants qui ont droit de recevoir et désirent obtenir des cadavres pour la dissection.

III. Distribuer les cadavres impartialement à tour de rôle, suivant les besoins réels de ceux qui les réclament.

IV. Faire la visite des diverses chambres de dissection reconnues, au moins une fois toutes les six semaines, et ordonner,

suivant qu'il le jugera à propos, que les restes des corps soient enlevés et décemment inhumés.

V. Dénoncer au juge de police ou à la principale autorité municipale, toute infraction des règles ordinaires de la décence, ou toute acte répréhensible dont il pourra avoir connaissance de la part des professeurs ou des élèves.

VI. Tenir ses régistres ouverts à l'examen de tout médecin pratiquant qui désire en faire l'inspection. 7 V., c. 5, s. 4.

6. Le coronaire qui préside à l'enquête faite sur un cadavre trouvé publiquement exposé, et non réclamé par quelque ami ou parent de bonne foi, en donnera avis à l'inspecteur d'anatomie de la localité, s'il y en a un; si non, il fera inhumer le cadavre suivant l'usage.

7. Le surintendant de chaque institution publique, recevant une subvention du gouvernement, donnera immédiatement avis à l'inspecteur d'anatomie de la localité, du décès de tout patient de l'institution qui n'a pas d'amis ou parents connus ayant droit de réclamer son cadavre. 7 V., c. 5, s. 6.

8. Tout tel surintendant tiendra un registre indiquant le nom, l'âge, le sexe et le lieu de naissance (s'il est connu) de chaque personne dont le cadavre est livré à la dissection, et le nom du médecin auquel le cadavre a été livré; et nul tel surintendant ne livrera un cadavre sans un ordre écrit de l'inspecteur d'anatomie de la localité. 7 V., c. 5, s. 7.

9. L'inspecteur d'anatomie recevra $5 pour chaque cadavre qu'il livrera à la dissection; et cette somme lui sera payée par le professeur ou médecin pratiquant, sur réception de l'ordre pour livrer le cadavre. 7 V., c. 5, s. 8.

10. Tout médecin pratiquant qui désire profiter du bénéfice de cet acte, sera tenu de comparaître devant l'un des juges de paix de Sa Majesté et l'inspecteur d'anatomie, et de donner des sûretés lui-même pour la somme de quatre vingt piastres, et deux bonnes cautions pour la somme de quarante piastres, pour garantir l'inhumation décente des cadavres, après qu'ils auront servi aux fins requises; et ces conditions duement remplies, l'inspecteur d'anatomie donnera à tel médecin pratiquant une autorisation écrite pour ouvrir une chambre de dissection qui aura droit aux avantages conférés par cet acte. 7 V., c. 5, s. 9.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la phthisie pulmonaire (1).

Monsieur le Président, Messieurs,

Je viens vous offrir, ce soir, quelques considérations sur la pathologie, l'étiologie, le pronostic, la transmissibilité et le traitement de la phthisie pulmonaire. Je le sais, le sujet n'est pas nouveau, mais il est toujours intéressant sous quelques aspects. J'ai glané cette petite récolte dans les mémorables travaux de Jaccoud, Villemin, Chauveau, Ferrand, LeBlanc, Bordier et autres qui ont écrit sur le sujet. Je vous prie de m'accorder votre bienveillance.

La phthisie pulmonaire est un processus de déchéance organique. Elle est de tous les climats et frappe tous les âges de la vie. Elle naît, cliniquement parlant, de désordres morbides dans les phénomènes de la nutrition, qui créent l'hypotrophie et la dystrophie constitutionnelle et par suite la diathèse tuberculeuse. L'apparition du tubercule est l'expression finale d'un processus qu'on appelle irritation phymatogène. Il est le résultat d'une exudation plasmatique dégradée et aplastique. Produit cellulaire, il est un petit nodule homogène, grisâtre, demi transparent, quelque fois incolore, presque diaphane, plus ou moins arrondi, variant en grosseur et qui nait soit de l'épithélium des cavités alvéolaires, soit du tissu conjonctif, soit des cellules des membranes externes des petits vaisseaux. Ces éléments divers qui sont le siége du développement des tubercules sont tous semblables ou assimilables à des cellules épithéliales. Les tubercules peuvent apparaître dans nos organes sous les deux formes de granulations isolées, phthisie commune, et de granulations infiltrées, phthisie pneumonique. Quelquefois aussi ces granulations peuvent présenter une disposition en masse et passant graduellement par l'état rose, l'état grisâtre demi transparent et l'état jaunâtre. Ces éléments tuberculeux diffèrent entre eux par le volume, mais ils sont homogènes. Ils sont tous composés de petites cellules remplies presqu'en entier par

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal, Séance du 6 Mars 1882.

leurs noyaux, matière amorphe servant de gangue à ces éléments, vaisseaux remplis de fibrine coagulée et de globules blancs. Ainsi, la phthisie commune et la phthisie pneumonique ont les mêmes éléments anatomiques, une même évolution pathologique. Mais le tubercule subit une dégénérescence plus ou moins rapide suivant les cas. Cette régression débute toujours par les parties centrales qui présentent une teinte jaunâtre et une opacité caractéristique et tombent en détritus.

Cependant, la clinique conserve toujours la dualité de forme. Cette distinction a trait à l'étiologie, aux symptômes, à la marche et au pronostic de la maladie. Elle leur reconnaît une cause, un début et une marche propre. Mais dans l'une et l'autre forme, le tubercule est soumis dès son apparition à deux processus opposés : l'évolution fibreuse à la periphérie et l'évolution caséeuse au centre. Le sort de la maladie dépend de la prépondérance de l'un ou de l'autre de ces processus. Et l'expérience clinique nous démontre que le phthisique peut bénéficier de ce travail réparateur à toutes les périodes de l'affection. Alors le mode de guérison varie suivant le degré de la maladie. A la première période, il y a dessication complète avec résorption des matériaux organiques, et les éléments organiques arrêtés dans leur évolution, sont transformés en concrétions calcaires. A la troisième période, la guérison s'opère par la cessation de la formation granuleuse dans la zône excentrique, et par le développement d'une pneumonie scléreuse interstitielle autour du foyer. Ici, la lésion peut présenter les quatre dispositions suivantes : la cavité persiste, elle est vide et communique avec les bronches, le tissu periphérique est induré, infiltré de pigment et froncé en retrait, première forme ; la cavité est pleine de matière tuberculeuse crétacée, deuxième forme ; la cavité est occupée par une masse fibrocartilagineuse résultant de la végétation conjonctive de la paroi, troisième forme ; la cavité disparaît par accolement des surfaces opposées et il reste une cicatrice linéaire d'épaisseur variable, de consistance fibreuse à laquelle aboutissent des bronches en cul de sac, quatrième forme. Ceci doit nous engager à lutter énergiquement contre les processus destructeurs et à ranimer le courage du malade avec notre espoir de le guérir.

Messieurs, la phthisie pulmonaire peut être héréditaire, innée ou acquise. La phthisie héréditaire est celle qui offre le plus fâcheux pronostic par l'indomptable disposition de la constitution à la formation du tubercule. Elle n'est pas un agent infectieux qui serait transmis du générateur à l'engendré. Elle est plutôt un type nutritif vicié, une organisation

misérable dont l'enfant hérite. Mais, dira-t-on, comment expliquer les cas de ceux qui, ayant triomphé de la misère de leurs créateurs, donnent le jour à des enfants atteints de la tuberculose. Il est vrai que ces cas se présentent souvent, non-seulement pour la phthisie, mais encore pour bien d'autres maladies. Bouchard répond que la phthisie vient souvent liquider tou tun *stock* de déchéances organiques accumulées dans les individus on dans les races.

La phthisie innée atteint les individus dont les créateurs sont affaiblis par des maladies ou des travaux de toutes sortes, enfin par tout ce qui peut débiliter la constitution des ascendants qui lèguent à leur descendants une diathèse phymatogène, une disposition à la formation du tubercule. Le pronostic ici est moins mauvais que celui de la phthisie par hérédité.

Au point de vue du pronostic, il faut diviser les phthisies acquises en deux groupes. Dans le premier groupe, nous rangeons la phthisie acquise idiopathique dont la modalité est l'hypotrophie et la dystrophie constitutionnelles, indépendante de toute maladie présente ou passée. Elle est la plus favorable à la guérison.

Dans le second groupe, la phthisie acquise coïncide avec une autre maladie : la scrofule, le diabète sucré, l'herpès, l'arthrite ; ce qui fait que nous disons phthisie scrofuleuse, phthisie diabétique, phthisie herpétique et phthisie arthritique. Ici le pronostic est meilleur que dans la phthisie par hérédité, par innéité, mais moins favorable que celui de la phthisie acquise idiopathique.

La phthisie diabétique est une manifestation tardive du diabète arrivé à son maximum de gravité. Le pronostic est par conséquent très mauvais.

La science n'est pas encore bien éclairée sur la phthisie arthritique. Ainsi, nous ne pouvons pas dire que l'arthrite peut déterminer la phthisie comme la scrofule et les autres maladies débilitantes. Néanmoins, il est bon de connaître les caractères particuliers qu'elle présente. Ainsi, elle a une évolution lente, les hémoptysies n'offrent pas la gravité ordinaire, les lésions ont peu d'étendue, l'expectoration est peu abondante et ne répond jamais à l'étendue de l'ulcération. Cette affection est bien rare, et, par sa lenteur, nous la croyons curable à toutes les périodes.

"La phthisie herpétique est encore du domaine de l'étude." Maintenant, Messieurs, arrêtons-nous quelques instants pour apprécier la forme tuberculeuse ou granuleuse et la forme pneumonique ou caséeuse relativement au point de vue du

pronostic. La phthisie tuberculeuse, qui est un processus de débilité, est l'expression habituelle de l'hérédité, de l'innéité, et se présente plus fréquemment dans la première moitié de la vie. La phthisie caséeuse, qui est aussi un processus de débilité, est plus souvent acquise et primitive ou bien liée à la scrofule, et est plus fréquente dans la dernière moitié de la vie. La phthisie tuberculeuse débute d'une manière insidieuse, ordinairement par un catarrhe chronique du larynx ou du sommet du poumon. La phthisie caséeuse ou pneumonique a des processus phymatogènes multiples. Parmi les principaux, nous trouvons la pneumonie fibrineuse devenue chronique et caséeuse soit à la période de solidification, soit à la période de liquéfaction ; les pneumonies catarrhales décrites sous le nom d'infiltration gélatiniforme ; les catarrhes bronchiques à tendances ulcératives. Le processus en lui-même est identique. La phthisie tuberculeuse a un début apyrétique et des lésions bilatérales soit d'emblée, soit très rapidement d'emblée, lésions qui rarement demeurent limitées aux poumons, mais s'étendent au larynx, à l'encéphale, aux intestins. Ces lésions occupent généralement le sommet des poumons. La phthisie pneumonique constitue une forme grave au début ; les lésions sont presque toujours unilatérales, nulles ou tardives en dehors des poumons. A l'état de chronicité, elle présente un pronostic plus favorable à la guérison. Les lésions sont diffuses, disséminées, et elles sont moins souvent au sommet que dans les autres parties du poumon. La coqueluche et la rougeole peuvent produire la broncho-pneumonie et la phthisie pneumonique. La fièvre typhoïde et la diphthérie donnent origine à la broncho-pneumonie simple. Par ce qui précède, la phthisie tuberculeuse, à moins qu'elle ne soit acquise et limitée aux poumons seulement, est moins curable que la phthisie pneumonique ou caséeuse à l'état chronique.

La granulation miliaire aigüe constitue la forme la plus redoutable. Cependant, MM. Lebert, Jaccoud, Hick et Anderson nous communiquent des cas de guérison.

Maintenant, Messieurs, je dirigerai votre attention sur la scrofule relativement à la maladie qui nous occupe. La scrofule est une des causes nombreuses qui débilitent l'organisme et préparent le terrain à la diathèse tuberculeuse. " Les nombreux scrofuleux qui deviennent phthisiques ne prouvent qu'une chose: c'est que le milieu humoral scrofuleux est un de ceux qui fait cesser l'immunité tuberculeuse." Comment, autrement, pourrait-on comprendre son évolution lente, qui permet quelquefois à une médication bien dirigée d'agir contre la dystrophie constitutionnelle qui est le fond de l'état mor-

bide et de produire une immunité relative, parfois la guérison. "Quand à l'élément tuberculeux retrouvé dans les lésions strumeuses, gomme, lupus, arthrite, il ne prouve pas la même chose, c'est qu'on a appelé lésions scrofuleuses des lésions qui déjà n'appartenaient plus à la scrofule, mais bien à la tuberculose." Il faut considérer le scrofuleux devenu phthisique comme on considérait le scrofuleux devenu syphilitique.

Arrêtons-nous ici à quelques symptômes dont l'influence modifie grandement le pronostic de cette maladie. Les hémoptysies demandent de la part du médecin de sérieuses considérations avant de fournir un pronostic de quelque valeur. Ainsi, une hémoptysie qui survient chez un individu plein de santé et dont les générateurs n'offrent rien de suspect, n'a pas toujours une fâcheuse conséquence. Elle est souvent le point de départ de la phthisie pneumonique. Dans les périodes initiales de la phthisie, les hémoptysies provoquées par des poussées congestives, qui dans une période plus avancée aggraveraient la maladie, les font disparaître quelquefois pour longtemps. Les hémoptysies moyennes qui se présentent dans le cours des deux premières périodes de la maladie ne sont pas de nature à nous faire perdre tout espoir de guérison. Celles surtout qui ne sont pas suivies de fièvre offrent beaucoup moins de gravité. Au troisième degré, les hémorrhagies abondantes révèlent toujours un danger imminent. Quand le mouvement fébrile qui suit généralement les hémoptysies résiste à la médication, nous sommes avertis du danger.

Vient ensuite la fièvre, processus de consomption qui dénote une exagération du mouvement de dénutrition. Comme élément symptomatique de la phthisie, elle marque une nouvelle étape de l'évolution morbide. Et pour bien apprécier la situation du malade et bien répondre à l'indication thérapeutique, il faut connaître sa pathogénie. Nous arrivons à cette connaissance en divisant la fièvre en quatre groupes. Dans le premier groupe, je rangerai celle que nous appelons fièvre de granulation ou de tuberculisation, qui est liée soit à la granulose miliaire aigüe, soit aux poussées granuleuses primitives ou secondaires dans les poumons. Dans la plupart des cas, elle est intermittente et quotidienne. L'accès est vesperal et le déclin a lieu dans la nuit. Dans la granulose miliaire aigüe, l'accès est assez fréquemment matinal et le déclin thermique vespéral. La forme rémittente ne se voit que dans les formations granuleuses secondaires, mais rarement. Ici, la fièvre n'est pas indissolublement liée au processus morbide et nous permet de la combattre avec des chances de succès. Si nous ne réussissons pas à la faire disparaître, au moins nous l'atténuons presque toujours.

La fièvre d'inflammation implique un travail pathologique et dure aussi longtemps que ce travail lui-même. Elle constitue l'état symptomatique de foyers pneumoniques ou broncho-pneumoniques tuberculeux. Elle est sub-continue, à accès vespéral. Ici encore, impérieuse indication thérapeutique. La fièvre d'ulcération ou d'excavation est subcontinue à accès vespéral. Elle origine dans la période de ramollissement du tubercule et est liée à un travail ulcératif qui produit la caverne. L'auscultation donne cette connaissance et l'indication thérapeutique. La fièvre de résorption ou fièvre hectique nous révèle la maladie arrivée à la troisième et dernière période. Elle est le résultat de la résorption d'éléments putrides qui encombrent les poumons et qui produisent un véritable empoisonnement septique. Elle a une durée longue et incertaine et produit l'amaigrissement progressif et le marasme. Elle est généralement rémittente à chûte matinale, et parfois aussi intermittente à type double quotidien. Ordinairement, dans l'une et l'autre variété, au début de l'accès, il y a de petits frissons, et à la fin du paroxysme, il y a sueurs abondantes. Cette fièvre diminue et disparaît quelquefois même sous la puissance d'agents thérapeutiques.

Un autre symptôme non moins important est la diarrhée, qui accuse chez le phthisique une propagation des lésions morbides dans les intestins. La muqueuse de l'intestin grêle, parfois celle du gros intestin, le plus souvent les glandes de Peyer et les follicules clos en sont le siége. La durée de la diarrhée est en raison de l'évolution tuberculeuse intestinale. Celle qui se rattache à des ulcérations amenées par ces lésions tuberculeuses arrivées à leur dernière phase d'évolution est du plus mauvais augure. Alors, c'en est fait, toute espérance s'évanouit. Nous devons aussi attacher de l'importance au flux sudoral chez le tuberculeux, parce qu'il motive une indication spéciale. Et un fait digne de notre attention est l'alternance, parfois, du flux sudoral avec d'autres évacuations, la diarrhée surtout. Dans ce cas-ci, il faut s'abstenir de combattre les sueurs pour ne pas provoquer la diarrhée. Une autre grave entrave au processus curateur, c'est l'excitabilité nerveuse, qui nous oblige à mettre de côté nos plus puissants moyens thérapeutiques. Cette excitation nerveuse se portant sur les réseaux névro-vasculaires, produit des congestions, par suite, des hémoptysies et de la fièvre, qui nous enlèvent nos plus belles espérances de guérison. L'état constitutionnel doit toujours être pour nous le sujet de notre attention. Si l'organisme conserve assez de force vitale pour résister au processus destructeur, alors le processus fibrogène réparera, par un

travail de bonne nature, la lésion tuberculeuse. Au contraire, si l'émaciation se confirme de plus en plus, le résultat n'est plus douteux. Chaque tuberculeux exige donc du médecin une étude spéciale, ce qui fait que le pronostic doit toujours être purement individuel.

Me voici arrivé à la transmissibilité de la maladie. Elle est contagieuse, infectueuse et parasitaire. Les mémorables travaux de Villemin, de Chauveau, de Toussaint, de Dieulafoy et autres le prouvent très bien. Les modes de transmission sont l'inoculation, l'inhalation, l'alimentation du lait de vaches tuberculeuses et l'ingestion de viande d'animaux tuberculeux. Pour bien établir le mode de contagion par l'inoculation, Chauveau fit des expériences, entre autre celle-ci, qui mérite citation : Il choisit 50 bêtes, vaches, génisses et chevaux vivant en plein pâturage, et il les divisa en trois lots. Le premier lot, il l'inocula avec de la matière tuberculeuse de l'homme ; le deuxième lot avec des produits de putréfaction ; au troisième il ne fit rien. Les animaux du premier lot devinrent tuberculeux ; ceux du deuxième lot n'eurent qu'une inflammation locale sans tubercule, et ceux du troisième n'eurent rien. Krishaber et Dieulafoy firent des expériences sur des singes avec des résultats positifs. Le grand Laënnec lui-même s'étant blessé en faisant l'autopsie d'un tuberculeux, est mort tuberculeux. On rapporte que des médecins Grecs inoculèrent un homme. Gubler fait observer le cas de la femme d'un tuberculeux qui devint phthisique après avoir été infectée par le fœtus par l'inoculation. Encore plus que cela, Villemin nous dit que la salive, le mucus nasal et l'urine peuvent transmettre la tuberculose. Cet expérimentateur a inoculé ces différents liquides et a produit la maladie. Du vaccin recueilli d'un enfant robuste et jouissant d'une santé parfaite servit à inoculer une vache tuberculeuse. Des pustules de cette vache, il inocula la sérosite à des lapins et à un porc, et tous, plus tard, furent atteints de tuberculose.

La phthisie se transmet par l'inhalation. Tappenier nous fournit l'expérience suivante : Des crachats tuberculeux, mis en émulsion, furent donnés en inhalation à des chiens pendant trois à six semaines, et l'autopsie fit constater des tubercules dans les poumons, les reins, le foie et la rate. Dans ces cas, la veille de l'autopsie, il avait mêlé aux crachats émulsionnés du carmin qui fut retrouvé à la surface des poumons. Laënnec nous cite un couvent dans lequel toutes les sœurs furent atteintes de tuberculose, excepté la sœur tourière, que ses occupations faisaient vivre en plein air. Jaccoud nous parle d'une famille composée de cinq enfants qui vint habiter dans un

village du Danemark, un logement déjà occupé par une famille dont le fils, âgé de 21 ans, était phthisique. Dans un laps de temps très court, les cinq enfants, atteints de phthisie, moururent.

Chacun de nous, Messieurs, doit avoir dans ses souvenirs des exemples où l'un des époux a transmis la maladie à l'autre époux. Le Dr Campion nous relate 111 cas de ce genre.

Klebs, par ses recherches, dit que le lait de vaches tuberculeuses produit la tuberculose, qui se manifeste d'abord par du catarrhe gastro-intestinal, puis des tubercules dans les glandes mésentériques, dans le foie, la rate, et enfin dans les poumons. Biffs et Verga et Semmer firent des injections sous-cutanées et intraveineuses avec du lait de vaches tuberculeuses et amenèrent la maladie.

Comme pour toutes les maladies contagieuses, un organisme ne peut-être contaminé qu'en autant qu'il présente peu de résistance, une disposition. Ce que je viens de dire du lait, je le dirai de la viande d'animaux tuberculeux. L'observation nous démontre que les vaches en stabulation sont plus fréquemment atteintes par cette maladie. Donc, nous devons exercer la plus grande vigilance dans notre alimentation, surtout dans l'alimentation des enfants.

Dr J. I. Desroches.

(*à suivre.*)

Taxis avec la bande en caoutchouc dans la hernie étranglée.

H. P., 63 ans, était depuis plusieurs années porteur d'une hernie inguinale réductible, côté droit.

De temps à autre la hernie sortait, mais le patient la réduisait lui-même en se couchant et se faisant le taxis.

Le 10 janvier dernier, H. P. avait à faire quelques lieues en voiture; le long de la route il fut pris de douleurs vives dans la région inguinale, la hernie était descendue dans le scrotum; il essaya, mais en vain de la réduire, alors il rebroussa chemin et se rendit chez lui, où deux médecins essayèrent le taxis avec chloroforme et cependant ne purent réussir.

Le malade est transporté à l'Hôpital Notre-Dame, son médecin de famille l'accompagne.

On pratique de nouveau le taxis avec le chloroforme, d'abord dans la position horizontale, puis on élève les mem-

bres inférieurs et le bassin du patient, la tête et les épaules seules reposant sur le lit ; on fait dans cette position le taxis méthodique durant dix minutes, mais encore sans succès.

La hernie n'étant étranglée que depuis douze ou quinze heures nous n'avons pas à craindre de gangrène ; il n'y a guère, non plus, de danger de réduction en masse, puisque la hernie est vieille, le collet du sac doit être très adhérent aux tissus voisins et vu que cette hernie était facilement réductible jusqu'à ce jour. Donc, nous nous décidons, avant de pratiquer la *herniotomie*, à tenter le taxis avec la bande en caoutchouc. Celle-ci est appliquée et laissée en place durant une heure. En l'enlevant on trouve la tumeur *flasque*, *ramollie*.

A la moindre pression digitale l'intestin rentre dans la cavité abdominale en faisant entendre le bruit de gargouillement caractéristique—la hernie est réduite. On applique un spica de l'aine et on prescrit le décubitus dorsal durant quelques jours.

C'est à Maisonneuve que nous devons le taxis avec la bande en caoutchouc, c'est lui qui en a vulgarisé l'emploi et qui a décrit les conditions favorables à son application.

Le but que le chirurgien veut atteindre en se servant de la bande en caoutchouc est de substituer une force *élastique* et *continue* à la pression *irrégulière* et *intermittente* des mains. Cette pression élastique et continue a pour effet de faire disparaître la congestion, l'effusion séreuse, l'engorgement qui résultent de l'étranglement. Ce moyen si rationnel est très souvent suivi de succès, même quand le taxis méthodique a échoué.

Voici comment on procède :

On peut ne pas endormir le malade, mais l'administration du chloroforme facilite la réduction, comme dans le taxis ordinaire. Au lieu du chloroforme on pourrait administrer une forte dose de morphine qui aurait un effet plus prolongé.

La bande en caoutchouc doit avoir environ trois pouces de largeur et quatre à cinq verges de longueur—ces mêmes bandes sont employées dans le traitement des ulcères variqueux des jambes.

On place d'abord autour du ventre une bande de coton, à la quelle on fixe l'extrémité de la bande en caoutchouc. Un aide saisit la hernie et l'attire vers lui, pendant que le chirurgien l'enveloppe de plusieurs tours (de trois à six ou sept, suivant que le pédicule est plus ou moins long) de la bande préalablement roulée sur elle-même en façon de corde, afin d'empêcher la hernie de *s'étaler* autour de l'anneau : ensuite le reste de la bande est étendu et conduit à plat sur la tumeur, du pédi-

cule vers le fond, augmentant la traction et multipliant les circulaires jusqu'à ce que la hernie soit complètement *coiffée*.

Il arrive souvent qu'avant que la totalité de la bande ait été enroulée sur la tumeur, une détente subite et un bruit de gargouillement indiquent que la réduction vient de s'opérer.

Si la réduction n'a pas lieu de suite on peut laisser la bande appliquée durant une heure et même plus, pourvu toutefois que la compression ne soit pas intolérable. Une compression forcée et longtemps continuée peut déterminer une gangrène du scrotum.

Ce procédé est d'une application facile lorsqu'il s'agit de hernies volumineuses comme les hernies scrotales, mais quand la hernie est petite, peu sailllante, il n'est plus possible de conduire la bande en caoutchouc autour de la tumeur, il faut l'enrouler autour du membre ou du tronc suivant le siége de la hernie, en recouvrant celle-ci d'une pelote concave sur laquelle on place les circulaires.

On reproche au taxis par le caoutchouc de faire rentrer dans l'abdomen des portions d'intestin gangréné.

Pour éviter cet accident, il ne faut pratiquer le taxis avec le caoutchouc, (comme le taxis ordinaire du reste), que lorsqu'on est bien certain que l'intestin est intact.

Pour être plus précis, disons qu'on ne devra employer ce mode de réduction que durant les vingt-quatre premières heures de l'étranglement pour les hernies inguinales volumineuses, et durant les douze premières heures s'il s'agit d'une hernie crurale.

Cependant l'état général du malade fournira souvent des indications qui permettront de tenter la réduction beaucoup plus tard ; nous devons nous laisser guider par les mêmes indications et contre indications que pour le taxis ordinaire et l'on sait que dans beaucoup de cas on est autorisé à pratiquer le taxis le troisième et même le quatrième jour de l'étranglement.

On reproche aussi au caoutchouc de produire la *réduction en masse* du sac herniaire, c'est à dire parties étranglées et agents de l'étranglement; mais il est aujourd'hui bien prouvé que si l'on choisit les cas cet accident est très rare.

Nous concluons en disant que le taxis avec la bande en caoutchouc réussit à amener la réduction de certaines hernies quand le taxis ordinaire avait échoué ; cela est dû à la *pression élastique* et continue du caoutchouc.

A. T. Brosseau.

Chimie médicale.—L'urine.

(*Suite.*)

PROBLÈME DU DR DEEMS.

L'urine normale ne doit jamais contenir d'albumine.

1.

a. L'urine est trouble et sédimentaire ; voyez 2.
b. L'urine est claire et transparente ; voyez 2 *b*.

2.

Filtrez ou décantez.
- *a.* Le sédiment doit être examiné au microscope pour la recherche des spermotazoaires, épithéliums, corpuscules de pus.
- *b.* L'urine filtrée est
  - *c.* Acide ou neutre. — Voyez réactif 3.
  - *d.* Alcaline. — Neutralisez avec acide nitrique et voyez réactif 3.

3.

G. — Mettez 1 c.c. d'acide nitrique dans 10 c.c. d'urine dans un tube.
- *a.* Il y a coagulation ; c'est probablement du à l'albumine ; voyez *b*.
- *b.* Il y a doute ; le liquide est seulement trouble, ou il n'y a qu'un léger précipité ; voyez H.

H. — Chauffez l'urine.
- *c.* Tout se redissout : acide urique, nitrate d'urée.
- *d.* Le trouble ou le précipité persiste : albumine ; voyez I.

I.—Ajoutez une petite quantité d'alcool.
- *e.* Le trouble disparaît. — Résines. — Cubèbe, copahu, huile, térébenthine, etc.
- *f.* Le trouble persiste. — Albumine.

Il est bon de suivre ce tableau à la lettre et de s'assurer que l'urine n'est pas alcaline, car dans ce cas l'albumine ne précipite pas par la chaleur. L'acide nitrique est un bon réactif, mais un excès redissout le précipité d'albumine formé.

SIGNIFICATION.—L'albumine est un des principes les plus répandus dans l'organisme et le plus important à la régénération des tissus. Sa présence dans l'urine est donc un symptôme toujours assez sérieux. Néanmoins avant de prononcer un pronostic trop défavorable, il faut tenir compte des causes qui peuvent rendre une urine albumineuse.

1. L'albuminurie tient à une altération matérielle du parenchyme rénal, maladie de Bright.—Cette état coincide souvent avec une hydropisie, et l'urine fortement et longtemps albumineuse contient des cylindres urinaires ou de l'épithélium des canalicules rénaux, que l'on observe très bien au moyen du microscope. Dans ce cas le pronostic est très grave.

2. L'albumine peut apparaître dans l'urine sans altération appréciable des reins, sans maladie de Bright. Voici diverses causes qui peuvent produire cet état:

a, Une gêne dans la respiration déterminant une hypérémie et une forte tension dans le filtre rénal (grossesse, troubles des voies respiratoires causés par croup, diphthérie, pneumonie, etc.)

b. Une irritation des reins par les diurétiques les cantharides, etc., amenant par là même une congestion de ces organes.

c. Une altération et une dissolution du sang (hydrémie, fièvres typhoides, etc.)

d. La présence de sang, de pus, de sperme dans l'urine; ces différentes substances contiennent toujours de l'albumine.

L'albuminurie qui tient à ces causes n'est que temporaire et disparait lorsque la cause elle-même a disparu.

L'hydropisie fait généralement défaut et l'on ne remarque pas de cylindres fibrineux dans l'urine. Aussi dans ce dernier cas le pronostic est-il toujours moins défavorable.

§ 3. Sucre.—Diabète sucré.

1.

Les traits caractéristiques de l'urine diabétique sont en grande partie dus à la présence du sucre glucose. La quantité journalière de l'urine dans le diabète varie ordinairement entre 128 et 230 onces (8 à 15 chopines). On l'a vue excéder 33 chopines. Lorsque la sécrétion est considérable (excédant 4 ou 5 chopines) l'urine a une teinte jaune très pâle et un aspect

brillant particulier. La proportion du sucre varie de 8 à 12 pour cent ; la quantité excrétée journellement est de 15 à 25 onces (elle peut se réduire à une once ou moins et s'élever à 2 livres ou plus). La gravité spécifique de l'urine diabétique oscille entre quelques degrés au-dessus ou au-dessous de 1040° ; elle peut s'élever à 1860° ou descendre à 1015°. La gravité spécifique ne donne pas la quantité de sucre présent car un excès d'urée coexistant peut élever beaucoup la densité du liquide avec relativement peu de sucre, de même que l'albuminurie peut occasionner une densité relativement faible avec beaucoup de sucre. Si la quantité du sucre est considérable, l'urine a une odeur de petit lait. On observe rarement de sédiments dans l'urine diabétique.

2.

L'urine froide, filtrée ou décantée n'est pas albumineuse, voyez 9.

3.

L'urine froide contient de l'albumine, voyez 8.

4.

L'urine contient un pigment biliaire ou est fortement colorée par une autre substance, voyez 8.

5.

L'urine est acide ou neutre. (L'urine diabétique est généralement acide), voyez 9.

6.

L'urine a une réaction alcaline due aux sels ammoniacaux. Ceci nuit aux réactifs du cuivre.

Faites bouillir l'urine dans un tube à réactif avec une petite quantité de soude ou de potasse caustique, filtrez ou décantez, voyez 9.

7.

Ajoutez quelques gouttes d'acide acétique à l'urine ; faites bouillir pour coaguler l'albumine, filtrez, neutralisez l'urine filtrée avec un peu de carbonate de soude, et employez le réactif 9.

8.

Pour décolorer l'urine, introduisez une once ou deux du liquide dans une bouteille de 8 oz. avec une cuillerée à soupe de charbon animal et une petite pincée de carbonate de soude. Agitez fortement pendant 5 à 10 minutes et filtrez. Vous obtenez un liquide parfaitement décoloré, ce qui aide beaucoup à la sensibilité des réactifs de cuivre.

4. Réactif de Trommer.

Ajoutez à une drachme de l'urine suspecte, dans un tube à réactif, environ 5 gouttes de la solution de sulfate de cuivre (10 grs à l'once) ; ajoutez un excès d'une solution de potasse caustique (20 à 30 pour cent) jusqu'à ce que le précipité bleu de l'hydrate de bioxide de cuivre soit complètement dissous. Faites bouillir la solution bleue claire : précipité bleu ou noir, pas de sucre ; précipité jaune ou rouge, précipité de sus oxide de cuivre, sucre.

NOTE.—Répétez la réaction une ou deux fois avec moins de la solution de cuivre chaque fois. C'est un réactif délicat et sensible.

10. Réactif par fermentation (Roberts).

1° Mettez 4 oz. d'urine dans une bouteille de 12 oz. avec un morceau de levure allemande (yeast) de la grosseur d'une noisette ; bouchez légèrement afin de permettre à l'acide carbonique de s'échapper ; placez dans une chambre chaude pour la fermentation.

2° Placez à côté une autre bouteille contenant la même quantité d'urine sans levure et bien bouchée.

3° Environ 22 heures àprès, lorsqne la fermentation a cessé, enlevez les deux bouteilles et placez les dans un endroit frais.

4° Deux heures après, videz le contenu des deux bouteilles séparément dans des vases cylindriques et prenez la gravité spécifique avec l'urinomètre.

5° Vous obtenez la différence entre les deux gravités spécifiques et chaque degré de densité perdue indique un grain de sucre par once d'urine, ex : la gravité spécifique de l'urine non fermentée = 1040°, celle de l'urine fermentée = 1020° ; différence 20 degrés = 20 grains de sucre par once d'urine. Si le patient a passé 80 oz d'urine dans les 24 heures, alors 80 x 20 = 1600 grains de sucre excrétés dans les 24 heures.

SIGNIFICATION.—On ne connait pas encore très-bien la cause déterminante du sucre dans l'urine. D'après une opinion qui tend à se faire jour, la formation surabondante du sucre dans l'économie serait due à un ferment répandu dans tout l'organisme et principalement dans le foie, et qui agirait sur les substances amylacées, même sur les tissus, de la même manière que la diastase sur l'amidon. Quelque soit la théorie admise, la présence continue et abondante du sucre dans l'urine (diabète sucré) constitue une maladie grave et que l'on est souvent impuissant à combattre. Cependant avant de jeter le cri d'alarme et de prononcer le mot diabète sucré, il est bon de s'assurer si l'on a bien réellement affaire à cette maladie,

car plusieurs circonstances peuvent déterminer la présence du sucre en quantité plus ou moins abondante telle que: une alimentation trop riche en sucre et en substances amylacées, des troubles dans les fonctions de l'encéphale et de la moëlle allongée, un affaiblissement de la respiration et de l'absorption de l'oxygène, une gêne dans l'élimination de la sécrétion lactée chez les femmes qui nourrissent.

Sous ces différentes circonstances, du sucre peut apparaître dans l'urine, mais temporairement et généralement en faible quantité. Le pronostic est alors sans gravité.

DR N. FAFARD.

(*à suivre.*)

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Scorbut.—Péritonite aiguë; traitement par l'opium; guérison.—Fractures simultanées du fémur, de la clavicule et du radius.

Scorbut.—La femme A. L..., 41 ans, présente toutes les apparences de l'anémie générale. Depuis plusieurs années son état de pauvreté a été cause qu'elle n'a pu se donner la nourriture convenable. La plupart du temps elle s'est contentée de viande salées. A plusieurs reprises, elle a déjà souffert de saignement des gencives, ébranlement des dents etc. De plus elle souffre de métrorrhagies fréquentes depuis deux ou trois ans.

Le premier janvier 1882 une douleur aiguë se manifeste au niveau de la rotule du côté gauche, et est bientôt suivie d'une tuméfaction très sensible au toucher. Cette sensibilité d'abord circonscrite s'étend graduellement à plusieurs pouces de rayon tout autour de la rotule. A mesure que la sensibilité s'étend ainsi, la peau prend une teinte violacée sur la même étendue et présente tous les caractères de l'ecchymose sous cutanée. Au bout de quinze jours, la malade accuse des douleurs à la bouche et aux gencives, ébranlement des dents, saignement des gencives, salivation etc. L'haleine est d'une fétidité remarquable. Le 14 février, la patiente est admise à l'hôpital.

Elle est alors incapable de s'appuyer sur le membre gauche. Une tuméfaction circonscrite de la grosseur d'un œuf siège au-dessus de la rotule, et, à deux pouces au-dessous, on remarque une autre tuméfaction circonscrite aussi, mais plus petite; dans toutes deux l'on perçoit de la fluctuation. Tout autour de ces endroits ramollis, la peau, sur à peu près trois pouces de rayon est profondément ecchymosée et a la teinte violet caractéristique. L'état général de la malade est pitoyable, l'appétit nul; l'intelligence même semble s'être ressentie de l'épuisement de tout le système. On prescrit les préparations de fer, comme toniques reconstituants, ainsi que l'huile de foie de morue. Les deux abcès sont ouverts largement et pansés du fond. Le pus qui s'en échappe est très fluide, ayant la consistance du serum; l'odeur en est infecte. On renouvelle le pansement deux fois par jour et l'on pratique des injections désinfectantes à l'acide phénique. Contre les accidents du côté des gencives on donne un collutoire au chlorate de potasse et à la teinture de myrrhe.

Le 1er mars, l'état de la malade s'est sensiblement amélioré, l'appétit est assez bon, les forces générales reviennent bien. Les abcès sont en voie de guérison et la salivation a cessé.

Il y a raison de croire, dit à ce sujet M. le prof. Laramée, que cette femme doit sa maladie à la mauvaise qualité des aliments dont elle faisait usage et à son séjour dans des habitations humides, froides où l'air n'est pas renouvelé et où la lumière ne pénètre pas. Les inconvénients attachés à l'alimentation avec les viandes salées et fumées sont bien moins dûs au sel que celles-ci contiennent que parce que ce genre de nourriture, fournit à la nutrition des éléments insuffisants et plus ou moins assimilables. Il parait que la privation des végétaux frais n'est pas une cause aussi active de scorbut qu'on l'avait cru pendant longtemps. L'amélioration subite qui s'est opérée chez cette malade s'explique par le fait que'lle s'est trouvée placée dans des conditions tout à fait opposées à celles dans lesquelles elle était avant son admission dans nos salles. Cependant la convalescence sera longue et la maladie pourrait bien récidiver car une première attaque du scorbut constitue, dit-on, une prédisposition réelle à la maladie pour peu que les malades s'exposent de nouveau aux mêmes causes. Du reste, cette femme n'en est pas à sa première attaque.

Outre les hémorrhagies des gencives et les ecchymoses sur les jambes, cette malade a eu des hémorrhagies des muqueuses du nez et de l'utérus. Ces métrorrhagies paraissent bien se rattacher au scorbut vû que l'examen de l'utérus n'a révélé aucune lésion particulière, cependant les hémorrhagies anté-

rieures au scorbut étaient plutôt des ménorrhagies dûes à l'état anémique dans lequel se trouvait cette femme depuis quelques années.

D'ordinaire les infiltrations du tissu sous-cutané et intermusculaire se résolvent, mais avec une lenteur extrême ; dans le cas qui nous occupe, quelques-unes de ces infiltrations se sont transformées en abcès, contre la règle, et c'est ce qui explique pourquoi il a fallu recourir à la lancette.

Péritonite aiguë ; traitement par l'opium ; guérison.—Louis D., 40 ans ; non marié, tempérament lymphatique, a déjà souffert antérieurement, à deux reprises, d'entéro-péritonite, mais la maladie restait limitée au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Le 15 janvier, le malade prit froid après une abondante transpiration. Le 16 il se sentit les pieds froids pendant presque toute la journée ; avec cela il eut de la diarrhée accompagnée de coliques, sans douleur bien marquée. Le soir du 17, il fut pris de douleurs beaucoup plus intenses, siégeant dans toute l'étendue de l'abdomen mais surtout à la région iliaque droite. Ces douleurs persistèrent toute la nuit et furent accompagnées de vomissements assez abondants de mucosités. Le matin du 18, le malade est transporté à l'Hôpital. Il y a un peu de fièvre. La température est à 100° et le pouls à 72. On constate de la sensibilité, assez peu marquée, du reste, à la région iliaque droite et une matité assez considérable du côté gauche, sur le trajet du colon descendant. Les vomissements n'ont pas cessé. On prescrit une dose laxative d'huile de ricin combinée à trois ou quatre gouttes d'acide hydrocyanique dilué. En même temps, on applique sur l'abdomen des fomentations chaudes térébenthinées que l'on renouvelle fréquemment. Au bout de quatre heures une selle abondante se produit qui semble soulager le malade. Les vomissements qui avaient cessé depuis l'administration du laxatif recommencent vers le soir, quand soudain, après un violent effort de vomissement, le patient accuse d'intolérables douleurs à la région iliaque droite. Ces douleurs sont exaspérées à la moindre pression et par le moindre mouvement ; il y a tympanite. On prescrit ¼ gr. de morphine (sous la langue) toutes les heures au besoin ; on continue les fomentations chaudes à l'abdomen. Pouls 80, température 101°. Jusqu'ici l'on a craint l'existence d'un étranglement intestinal par quelque bride néo-membraneuse, attendu que le patient a déjà souffert de péritonite. Mais ce soir la nature inflammatoire de la maladie ne fait plus de doute. Le 19 a. m. le pouls est à 85 et la température à 101½°. Le malade a

peu dormi. Les douleurs continuent, mais on les calme au moyen de la morphine dont le malade use très libéralement. Il n'y a pas eu de vomissement depuis que la première dose de morphine a été introduite sous la langue, hier. La tympanite est plus considérable qu'hier, cependant : langue saburrale; on continue les fomentations chaudes et l'usage de la morphine, *pro re nata*, toujours de manière à empêcher tout à fait le malade de souffrir. Le soir, la température a atteint 102½°; le pouls est à 100; La douleur et la sensibilité sont considérables surtout à la fosse iliaque et à l'hypochondre du côté droit; la tympanite est étendue à tout l'abdomen. Même traitement.

Le 20 a. m. le pouls bat à 80 et le température est tombée à 100¾°. Le malade a passablement dormi; grâce à l'administration libérale de la morphine, la douleur a été nulle depuis hier soir; pas de vomissements; le soulagement est marqué; le malade prend de temps à autre du gruau et du thé de bœuf. Le soir, il se prétend aussi bien que ce matin, mais la température est à 102°. La sensibilité et la tympanite sont moindres. Traitement, le même.

Le 21 a. m., pouls 80, temp. 101½°; le malade a peu dormi : douleurs plus intenses ainsi que la sensibilité, surtout au niveau de l'hypochondre droit sur lequel on applique un large vésicatoire; pas de vomissement; on continue la morphine. Le soir, le patient est un peu plus mal. Pouls 88, temp. 102°. La douleur persiste, quoique considérablement calmée par la morphine. Le vésicatoire est enlevé et remplacé par un cataplasme. La peau est un peu sèche et la langue tend à le devenir; on remplace la morphine par la poudre composée d'ipécacuanha afin de favoriser la diaphorèse. L'ingestion de cette poudre donne lieu à un peu de nausée. Vers minuit, le vomissement se déclare et persiste jusqu'au matin (22 janv.) où le pouls est à 22 et la température à 100°. La douleur et la tympanite sont moindres; le malade a passé des gaz par l'anus; il se sent moins souffrant. Cependant les nausées et les vomissements persistent durant presque toute la journée et une grande partie de la soirée. On prescrit l'usage de la glace dont le malade laisse fondre de petits morceaux dans sa bouche; de plus, un sinapisme à l'épigastre. La tympanite est plus considérable ce soir. Température 100°, pouls 72.

La nuit du 22 au 23 est mauvaise, le malade a peu dormi; il a fait de violents efforts de vomissements vers 2 ou 3 heures du matin. Cet état de nausée et ces vomissements sont attribués à la poudre d'ipécac composé que le malade a prise avant hier; l'état général indique une amélioration marquée. La tempéra-

ture est à 99½°. La sensibilité abdominale est presque nulle maintenant, de même que la douleur. On continue l'usage de la glace et les cataplasmes. Diète généreuse, morphine au besoin. Le soir la tympanite est un peu plus considérable, mais la température n'accuse que deux cinquièmes de degré en plus. Le patient n'a vomi qu'une seule fois depuis 3 h. ce matin; des gaz sont expulsés par l'anus. Les douleurs reparaissent; on injecte 30 gouttes de laudanum et 2 oz. de thé de bœuf dans le rectum, et cela à deux reprises différentes dans le cours de l'après-midi. Le malade est continuellement fatigué ce soir, par des rêves pénibles aussitôt qu'il cède au sommeil. Trente grains de chloral sont alors administrés par injection rectale, ce qui produit le meilleur effet. Le sommeil redevient calme, les rêves disparaissent. Le lendemain matin, 23 janv., le pouls est à 72 et le thermomètre marque 100°. Il n'y a plus de vomissements; bien mieux, le malade demande avec instance du thé de bœuf, bouillon, etc., qu'il boit avec goût et satisfaction. Il passe par l'anus une grande quantité de gaz, ce qui fait diminuer le météorisme qui était devenu considérable. Sensibilité nulle. Quelques douleurs peu aigües persistent cependant mais sont bientôt calmées par l'opium. Ce matin une selle spontanée s'est produite, elle est liquide et peu abondante.

Le soir, deux autres selles, abondantes cette fois et aqueuses. La tympanite diminue toujours. Pouls 80. Température 100½°. On injecte de nouveau par le rectum, 25 gr de chloral; pas de vomissements.

Du 25 janvier au 2 février le malade continue à prendre du mieux. La température varie entre 100° le matin et 100½° le soir. Le pouls reste à 72. Les vomissements ont cessé tout à fait. La tympanite diminue graduellement; les douleurs et la sensibilité abdominale sont nulles: on ne donne plus de morphine qu'occasionnellement. L'appétit revient un peu; la langue est plus nette, toujours humide. On prescrit 1 gr de sulfate de quinine, à prendre trois fois par jour. La percussion révèle une sonorité exagérée sur toute l'étendue de l'abdomen excepté au niveau de l'hypochondre droit où l'on découvre un peu de matité, sur un espace d'environ quatre pouces carrés. A cet endroit la palpation décèle une tuméfaction assez circonscrite et occupant la fosse iliaque au niveau du pli de l'aîne.

Du 2 au 5, le malade est moins bien. Il éprouve des douleurs lancinantes à la région iliaque et à l'hypochondre du côté droit précisément au niveau de la matité. La sensibilité y est plus grande que ces jours derniers. La matité augmente même et s'étend jusqu'à la région inguinale où l'on constate

une tuméfaction ayant à peu près le volume du poing fermé, mais peu visible à l'extérieur. On applique à cet endroit des fomentations chaudes, fréquemment renouvelées, et l'on reprend l'usage de la morphine *p. r. n.* Il n'y a ni frissons, ni transpiration, ni nausée. Pouls 80 le matin et 92 le soir. Température 100° le matin et 101° le soir. On continue la quinine à 2 gr. 3 fois par jour. Diète généreuse et quelque peu stimulante. On craint la formation d'un abcès.

Du 5 au 9 les symptômes locaux et généraux s'améliorent notablement. La sensibilité disparait graduellement ainsi que la matité. Il n'y a plus de douleurs. Le pouls varie entre 72 et 80, et la température est normale. Le malade passe encore une quinzaine de jours à l'hôpital et est congédié le 25.

Il y a eu ici très évidemment, menace d'abcès à la région iliaque. A la palpation, l'on sentait très distinctement une tuméfaction s'étendant de l'apophyse antérieure supérieure de l'ilium vers le pubis, dans la direction du pli inguinal. Les douleurs lancinantes et la sensibilité siégeant dans la partie, la chaleur de celle-ci, l'élévation de la température, tout était de nature à faire craindre cette complication qui, après tout n'offre pas le danger qu'on serait porté à lui attribuer, vû que dans ces cas de cellulite localisée, le pus est généralement enkysté, et que, quand l'abcès s'ouvre à l'extérieur, l'air atmosphérique ne vient pas en contact avec le péritoine.

Fracture simultanée du fémur, de la clavicule et du radius. Thomas M... journalier, 30 ans, est, le 12 janvier accidentellement enseveli sous un éboulis de sable et de glaise. Ce n'est qu'au bout d'une dizaine de minutes que l'on peut l'en retirer, et l'on constate alors qu'il porte trois fractures, l'une à la cuisse gauche, l'autre à l'avant-bras droit et la troisième à la clavicule gauche. Les premiers soins lui sont donnés au lieu même de l'accident. Le lendemain le blessé est admis à l'hôpital.

Un examen minutieux confirme le diagnostic déjà porté. Le fémur gauche est fracturé vers la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. Malgré l'empâtement et la tuméfaction du membre on croit constater que la fracture est à plusieurs fragments. Tout le membre abdominal est placé dans l'appareil ordinairement employé à l'hôpital dans ces cas : attelles antéro-postérieures et latérales sur la cuisse, extension continue faite sur la jambe au moyen de poids, celle-ci reposant sur une gouttière postérieure qui joue sur un cadre *ad hoc*, et des bandelettes de Scultet maintenant le tout. Deux attelles latérales maintenues par un bandage roulé sont placées sur le

radius fracturé au lieu d'élection. Quant à la fracture de la clavicule, on n'y place aucun appareil particulier, vu que le malade doit garder la position horizontale. On se contente de placer un fort oreiller sous la tête seulement, de manière à ce que les épaules soient, par leur propre poids, rejetées en arrière et en haut, ce qui a pour effet de corriger la tendance au déplacement. Un bandage de corps immobilise le bras de ce côté sur le thorax.

La réaction inflammatoire qui s'en suit dure environ une semaine, le pouls et la température variant, le premier de 80 à 100 pulsations par minute, la seconde de 98½° Fahr le matin à 101° le soir. Le 24 janvier, soir, le thermomètre indique 103° le malade éprouve plusieurs frissons et se plaint de cephalalgie. On prescrit un sudorifique. Le lendemain matin la température est à 101° et le surlendemain à 99°.

Le malade est on ne peut plus *remuant* et n'observe pas toujours le repos parfait qui lui est prescrit. Malgré tout ce qu'on peut faire pour l'en empêcher, il s'agite tellement qu'il est à peu près impossible de maintenir rigoureusement en place les fragments de la clavicule fracturée, de sorte qu'il en résulte une difformité un peu plus prononcée que d'habitude. Au bout de trois semaines, l'avant-bras fracturé est mis dans un appareil inamovible; ici, de même que du côté de la cuisse, la consolidation est parfaite. La cuisse a été maintenue pendant quarante jours dans l'appareil décrit plus haut, puis on l'a mis dans une simple gouttière en cuir après avoir préalablement posé un bandage compressif sur tout le membre.

Aucun accident ne vient compliquer le cas. Le malade peut bientôt marcher à l'aide de béquilles, puis d'une simple canne et laisse l'hôpital le 27 mars.

Hôpital Bellevue, New-York.

Traitement de la pneumonie.—De l'iodure de potassium à petites doses.—Traitement de l'hydrocèle.

Traitement de la pneumonie.—La pneumonie étant regardée comme une maladie tendant naturellement vers la guérison, l'indication doit être de soutenir les forces et de stimuler les fonctions générales du malade afin que celui-ci puisse traverser sans encombre les diverses périodes de cette phlegmasie

dont la durée, comme on le sait, est relativement assez courte.

A Bellevue on considère les variations dans l'état du pouls comme indiquant bien mieux que ne le pourrait faire la température, le maintien ou le déclin des forces vitales; l'accélération trop considérable et la faiblesse du pouls indiquent à leur tour l'emploi des stimulants. On prescrit à peu près constamment le whiskey et le carbonate d'ammoniaque. La digitale est aussi beaucoup employée, cependant quelques-uns s'opposent à son emploi, d'abord, parce que, suivant eux, les malades qui en ont fait usage durant les deux premières périodes se trouvent ensuite pour cela même dans des conditions moins favorables à une guérison parfaite; en second lieu parce que (théorie toute pure!) ce remède ne serait peut-être pas assez entier dans son action. Quelquefois on prescrit le camphre comme stimulant.

Le traitement de la pneumonie à Bellevue, est donc purement stimulant. Dans certaines conditions spéciales, cependant, on a recours à d'autres moyens. Quand la maladie est à son début et qu'elle présente un caractère grave, quelques-uns prescrivent l'aconit, mais l'usage de ce remède n'est pas général dans l'hôpital. L'acétate d'ammoniaque liquide, l'esprit d'éther nitreux, le calomel et la poudre d'ipécacuanha composée sont assez souvent employés dans le cours de la première période. Parfois on a recours à la quinine dans le but de produire un abaissement de la température quand celle-ci s'élève trop. Il en est qui surveillent constamment les fonctions du rein dans le cours de la pneumonie. S'il survient de l'œdème pulmonaire, les stimulants sont prescrits à doses héroïques. Occasionnellement on y joint l'usage du *hot-pack* et des inhalations d'oxygène.

De l'iodure de potassium à petites doses.—Quoiqu'il soit de mode aujourd'hui d'administrer l'iodure de potassium à doses élevées dans le traitement de la syphilis, le professeur Clark, à l'instar de plusieurs médecins et chirurgiens d'hôpitaux, ne donne presque jamais ce remède à des doses excédant trente grains par jour. Plusieurs même se contentent de donner quinze grains par jour. Ils se fondent pour cela sur le fait que dès lors que le malade se trouve, par l'usage préalable des toniques généraux, dans les conditions les plus favorables à l'absorption des médicaments dits altérants, les petites doses de ceux-ci exercent sur l'économie une action beaucoup plus marquée. Il paraîtrait en effet que la plus grande partie des bons résultats obtenus doivent être attribués à ce que le malade se trouvait, lors de l'administration du

remède, dans les conditions que nous venons de dire et que cela serait surtout le cas pour l'iodure de potassium.

Traitement de l'hydrocèle.— Le Dr Weir présente quatre cas d'hydrocèle, et emploie un traitement particulier pour chacun d'eux. Chez l'un il injecte de la teinture d'iode; chez l'autre l'iode est remplacé par l'acide phénique pur ; chez un troisième l'acide carbolique injecté est réduit à 10 pour 100; dans le dernier cas enfin on pratique l'opération de Volkmann. Ici, comme il y a eu beaucoup d'inflammation et un épaississement considérable du sac, il n'y a pas lieu d'espérer une guérison aussi prompte que si le cas eut été simple. Au bout d'une semaine le patient soumis au traitement par l'acide carbolique est de nouveau présenté à la clinique, l'inflammation et l'hypertrophie sont presque nuls. L'acide phénique a sur la teinture d'iode l'avantage de produire moins d'épanchement séreux avant l'accollement des deux feuillets de la tunique vaginale.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'hémophilie.—Nous traduisons du *Philadelphia Medical Times* le résumé suivant d'une leçon clinique faite à l'Université de Pennsylvanie par le prof. William Pepper.

La diathèse hémorrhagique, ou pour employer le terme technique, l'hémophilie, est une maladie plus ou moins rare. En règle générale elle est héréditaire et se transmet des parents aux enfants. Dans le cas présent c'est la mère qui a transmis l'affection. La plupart du temps, cependant, l'hérédité morbide est transmise par le père. La source de l'hémorrhagie n'est pas la même dans tous les cas. En général on commence par remarquer que les blessures les plus légères donnent beaucoup de sang. Ainsi par exemple, un enfant reçoit de ses camarades d'école quelques coups assez légers à la suite desquels se développent des ecchymoses si considérables que l'on serait tenté de les attribuer à des contusions très sérieuses. En d'autres cas il survient une hémorrhagie alarmante après l'extrac-

tion d'une dent. Tels sont les premiers signes de la diathèse hémorrhagique.

Graduellement, la maladie s'accentue de plus en plus, et alors les hémorrhagies sont aptes à se produire plus souvent à quelque endroit particulier. Il est sans doute étonnant que les femmes ne perdent pas, aux époques menstruelles, une quantité de sang aussi considérable que l'on serait en lieu de s'y attendre; cependant, il y a chez elle une tendance réelle à la ménorrhagie et à la métrorrhagie. C'est à la surface des muqueuses nasale, gingivale et intestinale que les hémorrhagies se produisent le plus souvent. Occasionnellement elles se font aussi par les tumeurs érectiles ou par une ancienne cicatrice, ou sont produites encore par quelque légère irritation de la peau. La muqueuse respiratoire en est parfois le siége. La quantité de sang perdue est en certains cas considérable et a même pu suffire à amener la mort. Le sang coule en un jet libre et continu, sans aucune tendance à se coaguler. En d'autres cas, les hémorrhagies ne sont jamais de nature alarmante.

Il est difficile de toujours pouvoir découvrir la cause de l'hémophilie. Aucune des explications que l'on en a données n'est satisfaisante. On a invoqué l'existence de quelque anomalie congénitale dans la structure des parois des capillaires, anomalie qui aurait pour effet d'enlever à ces parois leur contractilité. On a supposé encore qu'il pouvait y avoir un développement trop considérable de tissu élastique dans les artères, que cela produirait une augmentation de la *vis a tergo* et empêcherait les artérioles de se contracter. Le caractère d'hérédité de cette maladie rendrait ces deux hypothèses un peu vraisemblables car on sait que les anomalies artérielles suivent elles aussi, de même que l'hémophilie, les lois de l'hérédité. Enfin on a cru que cette maladie avait pour cause une altération de la crase sanguine caractérisée par une diminution dans la proportion de la fibrine. L'examen du sang n'a cependant pas corroboré cette manière de voir.

Nous pouvons dire que la diathèse hémorrhagique est probablement due à quelqu'anomalie siégeant dans les organes hématogènes et grâce à laquelle il y aurait altération de la crase sanguine normale, ou bien on peut invoquer l'existence d'un défaut de contractilité des vaisseaux de petit calibre dû à quelque particularité de structure de ces appareils.

Dans la grande majorité des cas, il y a, je crois, une cause locale quelconque donnant naissance à l'hémorrhagie. Ceci est un point très important au point de vue du traitement prophylactique. Nous pouvons de la sorte prévenir les hémorrhagies, bien que nous soyions incapables de faire disparaître

les tendances hémorrhagiques. Pouvons-nous, de quelque façon, enlever cette tendance? Si elle est due à quelqu'anomalie anatomique, on n'y peut remédier qu'en portant la plus grande attention aux mariages de ceux qui seraient aptes à transmettre cette anomalie. Les mariages consanguins devront être soigneusement évités entre les membres d'une famille dans laquelle se rencontrerait la diathèse.

Il est douteux que les altérants, tel que l'arsenic, le mercure l'iode et le fer, aient aucun effet dans cette maladie. Dans les cas où il y a une altération profonde des glandes hématogènes, l'arsenic est peut-être le meilleur médicament que l'on puisse employer.

Le traitement immédiat des hémorrhagies est le traitement hémostatique ordinaire, mais souvent on constate qu'il ne donne pas toujours des résultats bien satisfaisants. Il se peut que l'alun ou la solution de Monsel soient appliqués sans effet; on les remplacera peut-être par la pression, mais l'hémorrhagie se reproduit souvent aussitôt que cesse la compression. Les moyens les plus utiles de contrôler l'hémorrhagie sont l'usage de l'ergot à l'intérieur (doses élevées,) et l'application topique du cautère actuel. Il est rare que l'hémorrhagie se déclare de nouveau après la cautérisation ou après la chute de l'eschare. Quand on ne peut se servir du cautère, il faut faire usage d'applications styptiques très concentrées.

—

De l'emploi du chloral et du bromure d'ammonium contre le délire fébrile.—Le Dr C. H. Hughes (de St-Louis) publie dans le *St. Louis Medical and Surgical Journal* quelques observations reproduites depuis par *Walsh's Retrospect*, et tendant à établir l'efficacité du chloral et du bromure d'ammonium dans le traitement du délire maniaque ou du délire symptomatique de certaines fièvres essentielles, voir même de celui que l'on rencontre dans quelques cas d'hystérie grave.

Le chloral et les bromures ont pour effet de tranquilliser le système nerveux anormalement surexcité, de favoriser ainsi la réparation des forces perdues et de prévenir par là même l'épuisement qu'amène infailliblement une surstimulation trop prolongée. Le Dr Hughes conseille l'emploi du bromure d'ammonium durant le jour, et du chloral (une seule dose) le soir. Il donne le bromure à dose de 20 à 30 grains trois fois par jour.

Dans le délire maniaque, de fortes doses de chloral sont in-

diquées, tandis que des doses atténuées suffiront généralement à combattre le délire se déclarant au cours d'une phlegmasie. Ici, l'auteur appuie avec raison sur l'importance qu'il y a de procurer le sommeil dans le cas d'une fièvre essentielle ou d'une inflammation accompagnée de délire, le sommeil étant, comme on le sait, le grand réparateur des forces nerveuses et, pour ainsi dire, l'aliment naturel du cerveau. Nous voyons tous les jours un mieux sensible se manifester, le matin, chez des malades de ce genre auxquels le chloral a été administré libéralement le soir et a procuré un sommeil suffisamment prolongé. On en peut dire autant, croyons-nous, de certains patients qui, sans être affectés de délire n'en souffrent pas moins de rêves fatiguants et pénibles et chez qui une bonne dose de chloral administrée par la bouche ou par le rectum, met promptement fin à ces quasi hallucinations.

Les bromures, et en particulier le bromure d'ammonium, exercent également une action tonique dans ces cas, pourvu cependant qu'ils ne soient pas administrés à doses excessives. Ils sont, d'après le Dr Hughes, spécialement indiqués quand le malade est en même temps soumis à l'action de la Quinine.

Dans des cas de délire aigu compliquant une phlegmasie ou survenant après un traumatisme quelconque, nous avons quelquefois, alors que le chloral était resté sans effet vû que le malade refusait absolument de le prendre, réussi à calmer parfaitement l'agitation de celui-ci et à lui procurer un sommeil réparateur par l'inhalation d'une petite quantité de chloroforme.

Cette méthode que nous ne croyons pas être généralement suivie est d'une application très simple, n'offre absolument aucun danger si elle est judicieusement appliquée et pourrait être mise à l'épreuve dans plus d'un cas.

H. E. D.

—

Traitement de la colique de plomb.—Dans une correspondance adressée au *Bulletin Général de Thérapeutique*, (15 février 1882), M. le Dr Amable Geneuil (de Montguyon), préconise comme traitement de la colique saturnine, l'emploi d'applications froides immédiatement suivies de fomentations chaudes. A l'appui de sa thèse, M. Geneuil rapporte un cas où les coliques, très violentes, auraient résisté aux bains chauds, aux cataplasmes ordinaires et même à la morphine, pour disparaître presque instantanément par l'application des linges trempés dans l'eau glacée, et remplacés ensuite par une serviette presque brûlante. Si ce mode, bien simple du reste, de

calmer les douleurs si intenses de la colique des peintres, est aussi efficace que le prétend M. Geneuil, il mérite qu'on s'y arrête, vû la facilité de son application et le fait qu'il peut être mis en usage par le malade lui-même dès le début de la douleur.

— H. E. D.

Du traitement de la Cystite aigüe par l'Ergot.—Un correspondant du *Louisville Medical News* prétend avoir obtenu de bons succès dans le traitement de la Cystite aigüe par l'usage de l'extrait fluide d'Ergot, à dose de une drachme administrée trois fois par jour. Dans un cas rapporté par l'auteur de cette communication, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-sept ans souffrant d'une cystite des mieux marquées. La guérison fut rapide et radicale. Le *Medical News* rapelle à ce sujet que Bumstead recommandait aussi l'ergot contre la cystite. Sa prescription favorite étant la suivante: ℞ Vin Ergotæ ℥iii; Tinct, ferri, chlorid, ℥i, M. Sig. Une cuillérée à thé toutes les six heures.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Du drainage des plaies dans la chirurgie antiseptique.—Résumé d'une note lue à la Société Médico-Chirurgicale de Liège, par M. le Docteur Léopold Dejace, de Flémalle.

Comment les poussières tenues en suspension dans l'air agissent-elles, comment peuvent-elles exercer leur influence néfaste? Supposons une plaie contuse. Le sang extravasé est longuement exposé à l'influence atmosphérique, il se décompose, il se putréfie exactement comme s'il était contenu dans une éprouvette à l'air libre et soumis à la température égale. Contrairement à une idée anciennement reçue, les parois de la cavité dans laquelle est contenu ce sang, n'exercent aucune action particulière sur le caillot sanguin, action antiputride ou antifermentescible; ces parois, au début du moins, sont absolument neutres et indifférentes, elles ne réagissent pas. Les produits de la putréfaction d'un caillot sont irritants, infectieux. Incapables de produire d'autre effet qu'une action locale suppurative par irritation directe lorsqu'ils agissent sur une surface granuleuse, ils exercent en revanche l'action la plus désastreuse lorsqu'ils viennent à agir sur les parois d'une plaie récente: inflamma-

tion locale par irritation, infection générale par action toxique en pénétrant dans la circulation générale.

Supposons une même lésion traumatique grave avec épanchement de sang, attrition, déchirure violente des tissus, mais à l'abri de l'air, comme une fracture sans plaie extérieure ; il y a là des tissus lacérés, contus, du sang extravasé, mais une peau intacte ; eh bien, malgré la gravité de ces lésions, rien d'anormal ne se passe, la peau saine joue le rôle d'un pansement antiseptique parfait, appliqué sur le point lésé. Pas d'accès de l'air ambiant. Partant, absence de putréfaction.

Cette heureuse comparaison que j'ai trouvée dans les œuvres de Lister, est due à Holmes (*A system of surgery, by various authors*, 2e édition, 1881, volume V) et nous révèle le principe fondamental de la chirurgie antiseptique. Cette même comparaison m'a conduit à une autre conclusion (que je me propose de développer devant vous) : Le drainage des plaies que l'on considère comme une condition indispensable de réussite du pansement antiseptique, n'est pas toujours indispensable, et n'est pas un élément nécessaire de la réparation des plaies sans suppuration.

Le but essentiel à atteindre, c'est ou d'empêcher qu'aucun germe de putréfaction soit encore vivant après l'application du premier pansement, ou de neutraliser l'énergie septique de ces germes par les vapeurs d'une substance appropriée ; c'est barrer le chemin de la plaie à ces germes infectieux. Détruire les organismes qui ont eu déjà le temps de se déposer dans les anfractuosités d'une plaie accidentelle, assez longuement exposée à l'air n'est pas toujours possible ; mais dans une opération chirurgicale, empêcher l'accès de ces germes, annuler leur influence nocive, les détruire même, est toujours possible à un chirurgien soigneux et vraiment pénétré de l'inportance des moindres manœuvres antiseptiques.

La putréfaction étant écartée d'une plaie par sa désinfection et celle de ses environs, par la neutralisation de l'influence des poussières extérieures, tout ce qu'elle peut renfermer comme sang extravasé, fragments d'os, portions de tissus écrasés, ligatures de catgut ne peut empêcher la réunion *per primam*. Les caillots sanguins se peuvent organiser : bien des fois les chirurgiens ont pu constater qu'une masse constituée par un caillot sanguin pouvait au bout de quelques jours fournir du sang par le raclage de sa surface, bien entendu dans les limites de la chirurgie antiseptique. Quand le caillot sanguin reste exempt de putréfaction, au sein des tissus, il est promptement infiltré de cellules de nouvelle formation. Aux pathologistes à décider si les globules blancs, primitivememt contenus dans le

caillot, ont un rôle quelconque à jouer dans cette formation d'éléments cellulaires nouveaux. Les fragments osseux, les portions de tissus écrasés, n'ont aucune propriété offensive et semblent servir de nourriture aux parties voisines intactes, car on voit ces parties les résorber peu à peu.

2. — *But du drainage.* — Nous n'avons encore envisagé comme cause de suppuration que la seule putréfaction ; on peut néanmoins en écartant soigneusement l'accès des germes rencontrer d'autres causes de suppurations dans les plaies.

Causes relevant de la méthode antiseptique elle-même, telles qu'une irritation directe trop énergique des plaies par des substances irritantes et caustiques, par une action irritative trop prolongée, trop continue de l'agent antizymotique.

Causes relevant de l'état physique de la plaie, telle qu'une tension exagérée dans son intérieur.

Supprimer les trois origines du pus : la putréfaction, l'irritation directe, la tension exagérée, c'est réaliser l'idéal du pansement antiseptique. Ces trois termes représentent les trois conditions originelles du pus et des accidents qui peuvent accompagner sa formation. Il s'est trouvé des chirurgiens pour affirmer que la méthode antiseptique ne devait ses beaux succès qu'au soin apporté à la propreté et au drainage des plaies. Une affirmation semblable laisse supposer au moins une grande ignorance de la méthode. Esthétiquement, les plaies dans la chirurgie antiseptique sont souvent plus sales que des plaies traitées par d'autres procédés, mais chirurgicalement elles sont et doivent être propres.

Lister a toujours attaché une extrême importance au drainage parfait et longtemps continué, dans le but de pourvoir à l'écoulement facile et constant des liquides séreux et sanguins versés à la surface des plaies et parer ainsi à une seule des trois origines de la suppuration : une tension exagérée. Evidemment la surface d'une plaie récente qui a subi l'action locale d'un agent aussi irritant que l'acide phénique en solution forte, fournira une suffusion séreuse très abondante, les premières heures surtout ; aussi le premier pansement se trouve-t-il fortement trempé de sérosité sanguinolente.

Lister en conclut que si l'on ne fournit pas une issue facile à ces liquides, il est certain que dans une plaie étendue et profonde, comme celle résultant d'une grande amputation, par exemple, ils s'accumuleront au point de provoquer des troubles inflammatoires locaux par tension exagérée des bords de la plaie. Aussi Lister a toujours insisté d'une façon spéciale sur la nécessité du drainage, disant qu'on n'en pourrait assez exagérer l'importance. Il conseille d'employer les drains, pour

les abcès, jusqu'à occlusion complète des cavités abcédées ; il recommande de les employer pour les traumatismes récents, non seulement dans les premières heures qui suivent l'intervention chirurgicale, afin d'assurer le double écoulement du premier flux séro-sanguin si abondant par suite de l'action irritante de l'acide phénique, mais il veut qu'on en poursuive l'usage tant que le moindre suintement persiste dans la plaie. L'illustre inventeur de la méthode à laquelle la chirurgie doit d'avoir changé de face dans ces dernières années, craint qu'un abandon du drain à une époque même éloignée du début ne permette au plasma sanguin de s'accumuler, de distendre la plaie et par là, ne rouvre plus ou moins une plaie en voie de cicatrisation.

Ce n'est pas sans un certain sentiment de crainte que j'ose élever la voix contre un précepte aussi absolu. Mais les faits d'observation sont là, prouvant non seulement qu'un drainage si longtemps continué est inutile, mais encore que l'on peut abandonner, dans certains cas, cette pratique, véritable complication pour la méthode antiseptique. Les soins minutieux que l'introduction et l'enlèvement d'un drain exigent, exposent à faire perdre le bénéfice d'une méthode si précieuse pour le salut des opérés.—*Le Scalpel.*

—

Ponction aspiratrice du genou.—Le Dr Marcy donne l'histoire de 60 cas heureux de ponctions aspiratrices du genou pour des épanchements syphilitiques, blennorrhagiques, rhumatismaux, traumatiques, septiques, dérivant d'une inflammation aigüe ou chronique. Ces cas sont pris dans sa pratique ou lui ont été communiqués par des confrères auxquels il avait demandé des observations. Il trouve que les conditions qui font hésiter les chirurgiens, inflammations aigües ou traumatiques, sont précisément celles qui donnent les meilleurs résultats. Il conclut en disant qu'il faut opérer de bonne heure, faire des ponctions aussi souvent que le liquide se reproduit ; le repos, la compression et l'immobilisation assureront le traitement. Le but de cette opération est de soulager la douleur, de diminuer la tension, et de prévenir les mauvais effets que pourraient faire naître les lésions de la synoviale, des cartilages, des os et surtout des ligaments sous l'influence de l'irritation continue et de la distension que produit le liquide épanché. (*Edim. med. journ.*, oct. 1881, p. 535.)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Application du forceps au détroit supérieur. Nouveau procédé.—Nous extrayons du *Bulletin Général de Thérapeutique* (30 janvier 1882). La communication suivante de M. le Dr H. Obissier au sujet d'un nouveau mode d'application du forceps au détroit supérieur :

" L'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, surtout alors que la tête est encore absolument mobile est une opération reconnue difficile et dangereuse par la grande majorité des accoucheurs. Les difficultés qu'on éprouve viennent surtout, sans parler de celles qui résultent d'un vice de conformation du bassin, de la mobilité de la tête qui fuit devant l'instrument à la moindre pression que celui ci exerce, ce qui fait que les tentatives doivent être souvent plusieurs fois renouvelées, sans toujours, après de longs efforts, être couronnées de succès.

Ces difficultés font que souvent le praticien, dans l'embarras, opte pour la version et la pratique quelquefois dans des conditions désastreuses, dans un utérus rétracté, par exemple, parce que l'application du forceps, toutes conditions égales, faite par les procédés actuels entraînerait des difficultés et des fatigues pour la femme, telles qu'on en rejette d'emblée l'idée. Cependant, en thèse générale, on peut dire, je crois, que la version est plus dangereuse pour la mère et l'enfant que l'extraction par le forceps qui, lorsqu'il est convenablement employé, n'expose jamais l'enfant à l'asphyxie et la mère aux contusions des parois utérines, comme cela arrive plus souvent qu'on ne veut se l'avouer, pendant le deuxième temps de la version. Si le forceps pouvait s'appliquer facilement au détroit supérieur et au-dessus, la version ne devrait jamais être employée dans les cas de présentation du sommet.

Enfin, les partisans les plus résolus de la version sont, malgré tout, forcés d'appliquer le forceps au détroit supérieur dans certains cas où le danger qui menace la vie de la mère ou de l'enfant réclame une intervention immédiate et rapide. C'est que dans certains cas d'éclampsie, d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, de chûte du cordon, de tête restant dans la cavité utérine après la détroncation, le forceps seul permet d'agir assez rapidement pour sauver la situation.

Depuis Levret et Smellie, bien des accoucheurs se sont efforcés de faire du forceps un instrument fidèle pour terminer,

dans des cas déterminés, l'accouchement, alors que le sommet est encore très élevé ou n'est pas même engagé au détroit supérieur. C'est ainsi que tour à tour le manuel opératoire et l'instrument ont reçu des perfectionnements. Sans parler des derniers forceps, et principalement de celui du professeur Tarnier, instrument présentant de très-grands avantages, mais un peu compliqué et d'un prix relativement élevé, on peut dire que la perfection est à peu près atteinte grâce à la courbure bien calculée qu'on donne, de nos jours, au forceps simple qui se trouve dans l'arsenal de tous les praticiens.

C'est par des perfectionnements apportés au manuel opératoire qu'on s'est efforcé de surmonter les difficultés que présente l'application du forceps au détroit supérieur.

Dans le but de fixer la tête et de diriger l'instrument, Flamant et, après lui, Bandelocque recommandaient d'introduire la main entière dans l'utérus. Ce moyen facilite évidemment le placement des branches; mais il arrive fréquemment que la tête s'échappe après qu'on a retiré la première main introduite dans le col.

C'est à cet inconvénient qu'ont voulu parer Hubert de Louvain (1845) et surtout Hatin, (1851) en préconisant l'application avec une seule main.

Le procédé de Hatin est bien connu et devenu classique. La main gauche, placée *en supination forcée*, est introduite entièrement dans l'utérus sur le côté gauche de la femme et sert de conducteur pour introduire la branche gauche, dont l'extrémité est confiée à un aide qui doit mettre toute son attention a ne lui imprimer aucun mouvement. Cette même main sans être retirée de l'utérus doit alors passer par derrière la tête en glissant sur la face postérieure de la matrice, pour venir se placer en *demi-pronation*, sur le côté droit de la femme et servir à l'introduction de la branche droite.

On se résigne quelquefois au procédé de Hatin, mais le plus souvent, si la version est possible, bien que devant être fort laborieuse, elle lui est préférée. En premier lieu, en effet, on éprouve de grandes difficultés à introduire la branche gauche en ayant pour guide la main homonyme en supination forcée, les mouvements de la main droite sont singulièrement gênés, parce qu'on est obligé de croiser ses avant-bras. En second lieu, il est généralement difficile de contourner la tête pour mener la main en demi-pronation, à droite de la tête, sans que la tête fuyant en avant, abandonne la cuiller déjà placée, pendant ce mouvement. Plusieurs fois j'ai été contraint de faire des applications de forceps au-dessus du détroit supérieur, sur des têtes non engagées. Dès la première, le procédé de Hatin

ne m'ayant été que d'un faible secours, j'eus recours à un autre expédient qui réussit pleinement et me permit, dans la suite, d'opérer avec autant de facilité que s'il se fût agi d'une application dans l'excavation. C'est ce procédé que je viens soumettre à l'appréciation de mes confrères, espérant qu'ils en retireront le même profit que moi, s'ils veulent bien l'expérimenter.

La femme étant placée dans la position classique, la main gauche est introduite profondément et franchit complètement le col, à droite de la femme, comme s'il s'agissait d'appliquer la *branche droite* du forceps. Les quatre derniers doigts étant entièrement introduits entre la paroi utérine et la tête de l'enfant, je fixe cette dernière autant que possible, prenant alors de la main *droite* la branche *gauche* de l'instrument, je présente la cuiller, bien huilée sur sa face convexe, à l'orifice vulvaire, la concavité regardant en dedans, le pivot qui sert à articuler directement en avant, et le crochet verticalement en bas. Relevant alors graduellement le manche de l'instrument, je l'introduis doucement guidé sur ma main gauche. La cuiller de l'instrument franchit ainsi très facilement de 5 à 10 centimètres le col utérin ; je fais alors décrire au manche, sans m'occuper de la cuiller, un mouvement de spirale tendant à ramener le pivot en *dessus*. Dans ce mouvement, la cuiller, tout en s'enfonçant dans la cavité utérine, contourne d'elle-même le derrière de la tête et vient se placer sur la gauche de la femme, embrassant bien la partie fœtale.

Ce mouvement ne nécessite aucun déploiement de force ; il suffit de tenir l'extrémité libre de la branche avec les trois premiers doigts ; comme pour l'application dans l'excavation faite par le procédé classique, elle est pour ainsi dire aspirée par l'utérus.

Cette branche étant ainsi appliquée, est confiée à un aide, et la tête reste parfaitement fixée entre elle et la main. La branche droite est ensuite facilement introduite sur la main gauche qui n'a pas quitté l'utérus.

Ce procédé m'a rendu facile toutes les applications de forceps que j'ai eu à pratiquer au détroit supérieur. Je considère comme un grand avantage de n'avoir à introduire qu'une seule main, sans qu'il soit nécessaire de lui faire subir aucune manœuvre une fois qu'elle a été introduite dans l'utérus. La tête reste parfaitement fixée pendant toute la durée de l'opération, enfin, les bras n'étant pas croisés, comme dans le procédé de Hatin, la main droite conserve toute sa liberté de mouvement pour l'introduction de la cuiller.

A première vue, on pourrait supposer que l'introduction de

la branche droite, faite contre les règles admises, à gauche de la femme, est impossible à cause de la courbure de l'instrument; il n'en est rien, et une expérience faite sur le mannequin démontre qu'en procédant comme je viens de l'indiquer, ce premier temps de l'opération s'accomplit très. facilement.

Quant au mouvement de spirale de la cuiller gauche entre la face postérieure de l'utérus et la tête de l'enfant il ne nécessite aucun effort; il suffit de relever simplement le manche du forceps pour que la cuiller aille comme d'elle-même se placer au point voulu.

—

Complications et difficultés du forceps: — Le *Praticien* nous fournit les notions pratiques suivantes sur l'obstétrique: 1er temps: Introduction et placement des branches. — 1° *La position est inconnue:* faire une application directe(si la rotation de la tête n'était pas effectuée, il arrive parfois qu'elle s'exécute après l'introduction d'une branche ou entre les deux branches, ou encore la tête tourne et le forceps avec elle). Si le mouvement de rotation ne se produit pas, l'application directe sera irrégulière: mais, en général, le dégagement se fera même dans ce cas. — 2° *On ne peut placer la seconde branche*: Retirer la première et commencer par l'autre. Dans les applications obliques, il y a toujours une branche plus difficile à placer: c'est l'antérieure (la droite dans les 1er et 2e positions, la gauche dans les 3e et 4e): on commence par celle-là; mais, pour articuler (la mortaise se trouvant sous le pivot dans les 1re et 2e positions, puisque la seconde branche s'applique toujours par-dessus la première), on est, dans ces deux positions, forcé de faire le décroisement des branches. — 3° *L'extrémité d'une cuillère heurte contre un obstacle:* Retirer un peu la branche et la mieux diriger. *Ne jamais forcer une résistance.* — *Nota.* Ce temps ne souffre jamais l'emploi de la force; la branche doit, pour ainsi dire, s'introduire par son propre poids, la main la guide seulement; elle est bien placée quand, en la poussant avec douceur, on sent qu'elle pénètrerait plus profondément avec facilité.

2e Temps: *Articulation.* — On ne peut articuler: 1° Parce que le pivot et la mortaise ne sont pas sur le même plan; tordre doucement les branches, de manière à les amener (pivot et mortaise) en présence; tâtonner. — 2° *Parce qu'une branche est plus enfoncée que l'autre:* Retirer la plus enfoncée. Faire pénétrer l'autre un peu plus: tâtonner. — 3° *Parce que les branches sont trop écartées l'une de l'autre et qu'on ne peut les rapprocher:* La tête est probablement alors saisie irrégulière-

ment ou bien par l'extrémité des cuillères; il faut introduire les deux branches plus profondément, avec de grandes précautions, *et selon les axes.* (Quand la tête est élevée, l'articulation du forceps doit parfois être portée jusqu'à l'entrée du vagin; le pivot et la mortaise se rapprochent plus facilement.)

3e Temps: *Extraction.* — 1o La tête reste immobile malgré des tractions suffisantes (cela ne s'observe guère que dans des bassins viciés ou avec des têtes très volumineuses). Renoncer au forceps. Retirer l'instrument et recommencer quelques heures plus tard. (Voyez *Rétrécissement du bassin*). — 2o *Le forceps lâche prise:* se garder de tirer avec le corps, car l'instrument sortirait brusquement, on déchireraient les parties, et on tomberait en arrière avec le forceps. — 3o *On n'était pas sûr de la position:* Chercher à la reconnaître quand la tête arrive; si le doute persiste, redoubler de lenteur pour le dégagement; s'il y a des contractions, on pourrait retirer le forceps dans quelques cas. Si l'on s'apercevait que l'application est très irrégulière, la conduite serait la même. — 4o *Le périnée menace de se rompre malgré la lenteur et les précautions:* Diviser les côtés de la vulve inférieurement par deux petites incisions avec des ciseaux (il faut être sobre de cette pratique évidemment utile dans certains cas.) — 5o *L'extrémité des cuillers est encore dans la vulve, la tête dégagée:* Désarticuler et retirer les branches l'une après l'autre, suivant les axes. — 6o *La tête dégagée, il n'y a plus de contraction, l'enfant souffre:* Engager la femme à pousser, aller chercher les aisselles, ne pas dégager les bras, exécuter la rotation des épaules et extraire le tronc en tirant en bas avec lenteur.

Présentation de la face. Le tronc en dehors. (Voyez *Applications obliques.*)

CÉPHALOTRIPSIE. — Mêmes règles que pour les applications de *forceps directes*, seulement redoubler de précautions en raison de la force de l'instrument. Faire fixer la tête par un aide monté sur le lit. Porter *autant que possible* le manche de chaque branche en arrière (appliquée contre le périnée), d'autant plus que le bassin est plus étroit. La tête saisie, rapprocher les branches *complètement* avec la vis. Extraire par des tractions parfois considérables *en tournant la concavité du céphalotribe un peu à gauche ou à droite* pour placer le sens *aplati* de la tête dans le sens *rétréci* du bassin. On tâtonne. Céphalotripsie répétée sans tractions dans les rétrécissements extrêmes. Jamais de tractions par deux ou trois aides; pratique déplorable.

CRANIOTOMIE. — Elle s'exécute avec les ciseaux de Smellie ou un instrument fort et piquant, quel qu'il soit.

Précautions générales. Position de la femme comme dans les autres opérations. Introduire la main, sauf le pouce, glisser l'instrument jusqu'à la tête. Relever la partie extérieure de l'orifice, s'il gêne. Ne pas chercher de suture ni de fontanelle La pointe de l'instrument appliquée sur le crâne, *abaisser fortement le manche*, puis faire pénétrer. (Sang noir et matière cérébrale.) Agrandir suffisamment l'ouverture et retirer l'instrument avec précaution. Avant de pratiquer la céphalotripsie, il est utile de commencer par perforer le crâne (P. Dubois), sauf avec les rétrécissement extrêmes (Pajot).

OPÉRATION CÉSARIENNE. — Opération de *nécessité*, jamais de *choix*, L'ablation de l'utérus et des ovaires est peut-être moins dangereuse (Porro).

Mais les céphalotripsies multiples, en sacrifiant l'enfant, laisseront toujours plus de chances à la mère, dans les rétrécissements les plus communs, parmi ceux qui ne sont point justiciables du forceps.

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Traitement de la gale. — 1er *temps.* Friction générale avec du savon noir ; bain d'eau tiède pendant dix minutes.

2e *temps.* On essuie bien le corps, après quoi on le frictionne des pieds à la tête avec la pommade d'Helmerich.

3e *temps.* On frictionne de nouveau le corps avec du savon noir et l'on administre de nouveau un bain d'eau tiède pendant une demi-heure.

Par ce moyen, la guérison peut être obtenue en une heure ou une heure et demie.

Entre autres sujets, j'ai guéri, en l'appliquant, toute une famille atteinte de la gale.

Anorexie chez les phthisiques — (Pidoux).

Sirop de goudron.....	250 gr.
Liqueur de Fowler.....	3 —
Teinture de noix vomique.....	3 —

M.

Une cuillerée à soupe avant chaque repas.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, AVRIL 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

Médecin et Pharmacien.

Deux noms qui, pour une partie des gens du peuple, sont synonymes comme il nous est facile de le constater par le grand nombre de patients qui nous arrivent après avoir suivi le traitement de l'apothicaire du coin. On sait que beaucoup de pharmaciens ont une jolie clientèle de malades et qu'ils savent en retirer un bon revenu, et nous ne craignons pas d'exagérer en disant que la moitié des cas de maladies vénériennes et de maladies chroniques des voies respiratoires sont traitées par des pharmaciens. Nous comprenons que cet état de choses qui existe, à un dégré variable, de temps immémorial, ne pourra jamais être complètement corrigé. Le Bureau des Gouverneurs qui en a déjà assez de surveiller les charlatans, laisse messieurs les pharmaciens pratiquer en paix leur industrie de contrebande au grand détriment moral et pécuniaire de la profession.

Le pharmacien considère comme un droit, une légitime compensation cet exercice illégal de la médecine et se venge de la concurrence que certains médecins lui font sur son terrain. Allez vous plaindre à votre apothicaire de cet empiètement sur vos droits, il vous répondra : Nous cesserons d'être médecins quand les médecins cesseront d'être pharmaciens. L'argument n'est pas sans réplique, mais, s'il est moins dangereux pour le médecin de vendre des médicaments que pour le pharmacien d'en prescrire, il faut aussi admettre que ce cumul de la médecine et de la pharmacie constitue, au moins dans les grands centres, une compétition injuste à l'égard du pharmacien et un grand désavantage pour la profession.

Notre pharmacien canadien n'a pas autant de cordes à son arc que son confrère des Etats-Unis qui, lui, débite des boissons supposées non frelatées, des couleurs, de l'huile à peinture, des

vitres et du mastic, des cigares, etc. Ici, rien de tout cela et encore on permet à l'épicier de vendre des médicaments patentés et des préparations pharmaceutiques et au médecin d'être pharmacien tout en pratiquant sa profession. N'y a-t-il pas là une anomalie ?

En second lieu, la pratique de la médecine ne s'accommode guère des transactions commerciales et il nous semble bien difficile de se tenir tout ensemble au courant des fluctuations du commerce et des progrès de la médecine ; il y a là, assurément plus qu'il ne faut pour remplir les heures libres que laissent le soin d'une clientèle ordinaire. Chacun de ces deux états, la médecine et la pharmacie, suffit à occuper un homme et exige pour être bien rempli, une attention et un travail soutenus.

La plupart des médecins canadiens-français remplissent leurs propres prescriptions au prix d'un trouble immense et de la perte d'un temps précieux, malgré que les pharmacies abondent. Il en résulte que beaucoup de patients habitués à cette manière de faire se résignent difficilement, le cas échéant, à payer une prescription si elle n'est accompagnée du médicament prescrit, la science devient accessoire, on ne tient compte que de la marchandise, la fortune ne sourit qu'aux grandes bouteilles et aux grosses prises.

Dans les campagnes, le médecin sans être pharmacien, est forcé, on le conçoit, d'avoir chez lui une pharmacie et de préparer ses remèdes. Il n'a pas à choisir il lui faut bien ajouter cet ennui aux autres, mais dans les villes, c'est là pour quelques-uns une pratique inutile et pour d'autres une regrettable nécessité.

En somme, nous tournons dans un cercle vicieux ; le médecin ne prescrit pas parce que le patient ne sait pas apprécier la valeur d'une prescription et parce qu'il craint de voir son malade passer en d'autres mains ; le pharmacien pratique illégalement la médecine parce que le médecin ne prescrit pas et parce que le médecin pharmacien empiète sur son domaine. Guerre de représailles désastreuse aux deux partis.

Nous estimons donc qu'en séparant, autant que faire se peut, la médecine de la pharmacie, on rétablirait les choses dans leur état normal au grand avantage de la profession. Le Collège des pharmaciens contemple dans un avenir prochain une réforme en ce sens et il est plus que probable qu'il ne rencontrera guère d'opposition de la part du Collège des Médecins et Chirurgiens. Quant aux médecins pharmaciens, si nous en jugeons par ceux que nous connaissons, la réforme en question ne leur serait pas trop sensible.

Admission à la pratique de la médecine.

Nous avons, dans notre livraison de mars, attiré l'attention de nos lecteurs sur les examens pour l'admission à l'étude de la médecine, et reproduit le texte même de la loi médicale qui règle d'une façon péremptoire et définitive ce point important. Il n'y a plus d'ambiguité ni de subterfuge possibles ; *personne ne peut être admis à l'étude de la médecine sans avoir au préalable obtenu un certificat de qualification du bureau provincial,* le bureau étant *seul* autorisé à donner ce certificat.

Il est encore un autre point, non moins important, au sujet duquel certaines personnes semblent entretenir une manière de voir absolument fausse. Nous voulons parler du nombre d'années requises pour l'étude de la médecine et l'ordre suivant lequel cette étude doit être faite.

La loi médicale dit formellement, 1o que tout candidat pour l'obtention d'une licence l'autorisant à pratiquer la médecine devra avoir étudié pendant une période de *pas moins de quatre années*, à dater de son admission à l'étude de la médecine par le Bureau. 2o Que des quatre années d'études médicales exigées par le Bureau, *au moins trois termes de six mois chacun* (soit, trois années,) seront employés à suivre des cours dans une université, collège ou école incorporée reconnue par le Bureau, les premiers de ces cours devant être suivis pendant la session qui suivra immédiatement l'examen préliminaire. (Voir *Acte pour amender et refondre les actes concernant la profession médicale etc., etc., sect.* 15.)

En vertu des dispositions de cette clause, les élèves en médecine ne peuvent plus, comme un si grand nombre de leurs prédécesseurs l'ont fait, obtenir la licence du Bureau avant l'expiration de leur quatrième année d'études médicales. En second lieu, il n'est plus permis aux écoles de médecine d'accorder leur diplôme à des élèves qui n'ont suivi que deux années (deux termes de six mois chacun) de cours. Du coup, l'acte médical nous a de la sorte débarrassés de deux abus qui n'étaient rien moins que criants.

Mais certaines gens à qui ces dispositions ne souriaient pas, et pour cause, ont cru pouvoir tourner la difficulté par un subterfuge plus spécieux qu'habile. Ils ont prétendu que rien dans l'acte médical, ne pouvait empêcher les écoles de médecine d'accorder des diplômes à leurs élèves à l'expiration de trois années consécutives de cours, soit, une année avant la date fixée pour l'obtention de la licence par le Bureau. Suivant cette

manière d'interpréter la loi, les quatre années d'études exigées par l'acte médical se trouvent encore virtuellement réduites à trois, puisque le diplôme est accordé à l'expiration de la troisième année, c'est-à-dire une année avant l'obtention de la licence du Bureau.

Il est évident qu'une semblable interprétation de l'acte médical est tout à fait contraire à l'esprit de celui-ci, puisque, en définitive, elle réduit le cours d'études à trois années. D'ailleurs la loi médicale dit expressément que " toute personne ayant obtenu ou qui obtiendra ci-après un degré ou diplôme de médecine dans une des universités ou écoles mentionnées à la 4e section, aura droit à une licence, sans examen, *pourvu que tel diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'étude médicale depuis la date de l'admission à l'étude et suivant les exigences de la loi actuelle.* (Section 7).

Voilà qui est concluant, croyons-nous. Cependant, afin de faire disparaître tout doute à ce sujet, le Bureau provincial de médecine, à sa réunion du 28 septembre dernier a adopté une résolution dont voici la teneur :

Sur rapport d'un comité spécial nommé à l'assemblée du mois de mai dernier, il est résolu qu'à l'avenir, la licence du Collége des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec ne sera accordée aux porteurs de diplômes universitaires *qu'en autant que ceux ci auront passé leur examen final à l'expiration de leur quatrième année d'études médicales, depuis leur admission à l'étude et qu'ils auront suivi au moins trois sessions de cours universitaires dont une durant leur première année et une durant leur quatrième années d'études.*"

Après cela il n'y a plus sujet d'hésiter ni de douter. Non seulement il faut quatre années, dont trois *au moins* soient consacrées à suivre des cours universitaires : non seulement la première année de cours doit suivre immédiatement l'admission à l'étude, mais de plus, *la troisième session de cours* (si l'élève n'en suit que trois) *doit être suivie durant la quatrième année d'études.*

Et qu'on ne vienne pas prétendre que l'acte médical ne dit rien à cet effet ; la clause 7 est formelle comme nous l'avons vu. Qu'on ne dise pas non plus que le règlement adopté en septembre dernier par le Bureau provincial n'a pas force de loi. Ce réglement ou plutôt cette résolution n'est que la mise en force des règlements du Bureau sanctionnés par le Lieutenant Gouverneur en Conseil. En effet ces règlements (chap. VIII) ordonnent: 1° que tout étudiant en médecine devra étudier pendant *quatre* années sans interruption depuis son admission à l'étude. 2° qu'il devra suivre pendant *trois*

sessions au moins les cours d'une université, que ces cours devront être suivis pendant la *première* année de son admission à l'étude et qu'enfin il devra posséder un certificat d'étude d'un médecin licencié pour l'*intervalle* séparant les cours qu'il a suivis. Or, comment pourrait-il y avoir *quatre* années d'étude si l'élève passait son examen final après *trois* ans et terminerait ainsi virtuellement son cours d'études médicales, et comment pourrait-il y avoir un *intervalle* séparant les cours, si l'élève cessait de suivre les cours la quatrième et *dernière* année ? D'ailleurs, le Bureau est, de par la loi même, autorisé à faire quand l'occasion le demandera, *les règlements qu'il jugera convenables relativement aux examens et à l'étude de la médecine* pourvu que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de l'acte médical.

Au reste, le Bureau lui-même est le plus directement intéressé à voir à ce que le règlement adopté par lui soit mis en vigueur, et nous comptons qu'il saura maintenir énergiquement ses droits en même temps que sauvegarder et défendre l'honneur de la profession et l'intérêt du public.

Petite correspondance.

Dr E. P..... Quels sont les vermifuges les plus puissants contre le tænia ?

Rép. :—Il faut bien se souvenir que les tænicides ont une grande irrégularité d'action, il semble que certaines circonstances, non soupçonnées, favorisent ou paralysent la puissance des médicaments vermifuges les plus renommés. Pour leur emploi, il ne faut donc pas se tenir battu devant un insuccès ; bien souvent il est nécessaire de recourir à plusieurs avant de réussir. Nul doute que la persévérance dans le traitement ne triomphe des cas les plus rebelles en apparence.

Voici les différents agents médicamenteux auxquels on peut avoir recours :

Chez les enfants on emploiera les remèdes les plus faciles d'usage d'abord, avant de recourir aux préparations qui sont acceptées avec difficulté si souvent. Ainsi les graines de courge, généralement aimées des enfants, seront essayées d'abord. Dernièrement, j'eus occassion de rencontrer un cas ou les graines de citrouille expulsèrent en entier, chez un enfant de sept ans, un tænia qui avait résisté à la plupart des autres médications. Donnez à l'enfant une citrouille de bonne grosseur, et laissez le lui-même cueillir les graines, les ouvrir et les manger ; il ne soupçonnera pas de cette manière le remède, en avalera une quantité suffisante, ce qu'il ne ferait peut-être pas si la médication n'est pas conduite tout bonnement.

Chez les adultes, à part le remède précédent, on pourra avoir recours aux suivants que nous recommandent différents auteurs.

L'extrait de fougère mâle associé au calomel. (Dr Créguy).

La teinture de Kamala ; la poudre est meilleure, et doit être préférée. (Dr Timousin).

Le Dr Vigier a vu six succès, dans six cas, avec la dose de cinq grammes de Kamala.

M. le Dr Duchenne recommande la formule de Mme Meuffer qui lui a toujours donné les résultats les plus favorables. Voici cette formule :

Calomel	0.5
Résine de scammonée	0.5
Gomme Gutte	0.5
Confection d'hyacinthe	q.s

En trois bols, à un quart d'heure d'intervalle.

Le sulfate ou le tannate de pelletiérine, qui est l'alcaloide extrait de l'écorce de tige de grenadier vient d'être introduit dans la thérapeutique comme tænifuge puissant. C'est M. Chs Tanret, savant chimiste de Troyes, qui le premier a isolé cet alcaloide ; Dujardin-Beaumetz et Béranger-Feraud l'ont expérimenté ensuite avec succès.

Il se donne à la dose de 50 centigrammes, combiné à un purgatif.

Le tannate est supérieur au sulfate.

On donne 40 à 50 centigaammes de l'alcaloide, un quart d'heure après un purgatif ; plus vite les selles seront provoquées, le mieux cela sera.

Telles sont les différentes préparations tænifuges auxquelles on peut avoir recours.

Quelquefois, le tænia a commencé à sortir et offre des résistances ; on aura recours alors aux lavements d'eau tiède de graine de lin au lieu d'essayer à l'arracher par violence.

M. Créquy nous dit que lorsqu'un individu n'a pas rendu la tête de son tænia, s'il se passe six mois sans qu'on constate des cucurbitains dans les matières fecales, c'est qu'il est guéri.

La guérison peut donc avoir lieu sans sortie de la tête.

Brochures reçues.

Contribution à l'étude de la Cirrhose Hépatique, par le Dr Cyr, médecin inspecteur adjoint à Vichy.

Rapport Annuel du Surintendant de l'Aqueduc de Montréal, pour l'année finissant le 31 décembre 1881.

Wm. Rennie's Seed Catalogue, Toronto, Ont.

NOUVELLES MÉDICALES.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montreal.— Les examens annuels de cette institution, se sont terminés jeudi, le 30 mars. Nous en donnons ci-dessous le résultat :

Admis à la Pratique.— MM. H. H. Manceau, Maillet, N. Dubeau, H. Gauthier, et P. F. Vannier.

Ceux dont les noms suivent ont subi leurs derniers examens sur la pratique de la médecine en général. Cependant, ils n'auront droit à leur diplôme qu'après l'examen de leur thèse, à l'expiration du terme d'études établi par la loi :

MM. G. Ed Baril, J. Thériault, J. B. Goulet, P. Geoffrion, G. Paquet, S. J. Gareau, L. D. Grenier, E. Panneton, J. O. Beaupré, A. Gagnon, G. S. Paquin, E. Aubry, J. Venne, A. Duckett et Murray.

Ont été admis bacheliers en médecine :

MM Sydney Craig, Mathieu, G. Prévost, Ouimet, A. Z. Etue, Chs F Prévost, W. Trudeau, E. Poitevin, J. S. Chagnon, E. Simard, J. S. Bigonesse, A. W. Lesage, A. Moll, R. Vaillancourt, Nap. L. A. Salvail, O. Berthiaume, J. O. Comtois, H. Leduc, J. W. Théoret, A. Séguin, H. Lacoursière, O. Allard, A. C. Denis.

M. le Dr H. Desjardins a été admis membre de la Société Médicale de Boston.

Hôpital Notre-Dame.—Le bureau des gouverneurs de l'Hôpital Notre Dame vient d'être régulièrement constitué. Il se compose de tous les gouverneurs à vie, et de douze gouverneurs élus.

D'après les règlements de l'institution, sont *gouverneurs à vie* de la Corporation de l'Hôpital tous ceux qui ayant fait un don d'au moins cent dollars, continuent de payer une contribution annuelle d'au moins dix dollars.

Les messieurs dont les noms suivent, ayant généreusement fait à l'Hôpital les dons précités, sont devenus, de droit, gouverneurs à vie :

M. l'Abbé Valois, l'hon. J. R. Thibaudeau, C. S. Cherrier, C. R., Alf. Larocque Sr, H. R. Gray, R. J. Devins, L. J. Forget, R. McCready, C. S. Rodier, John P. Whelan, Jas Skelly, C. P. Hébert, Philip Henry, E. A. Généreux et Walter Wilson.

Le nombre des *gouverneurs éligibles* ne doit pas excéder

celui de douze. Pour être éligible comme gouverneur, il faut avoir fait à la Corporation de l'Hôpital un don d'au moins vingt-cinq dollars et payer une contribution annuelle d'au moins cinq dollars.

Ont été élus gouverneurs, pour l'année finissant le 31 juillet 1882, MM. E. J. Barbeau, W. W. Ogilvie, Jacques Grenier, William Tatley, Sinaï Prévost, John Leclair, A. S. Hamelin, Michel Lefebvre, J. O. Dupuis, I. A. Beauvais, Joseph Barsalou et Cyriac Filiatrault.

A une réunion des Gouverneurs, tenue à l'Hôpital le 22 mars dernier, les officiers suivants ont été élus pour l'année courante : MM. L. J. Forget, président, Jas Skelly, 1er vice-président, Henry R. Gray 2e vice-président et I. A. Beauvais secrétaire.

" Junior Pharmacist's Society."—La 1re réunion mensuelle de cette société a eu lieu le 9 février 1882 dans les salles du Collège de Pharmacie de Montréal. M. E. Ranson présidait. Le règlement fut présenté à la société et les diverses clauses en furent discutées et finalement adoptées presque à l'unanimité. Il fut question d'ouvrir une classe de chimie pratique. La discussion fut des plus animées, et tous les membres qui y prirent part, conclurent que les cours donnés par le Collège de Pharmacie de Montréal, n'étant pour ainsi dire que théoriques, il serait indispensable à l'avenir scientifique des jeunes pharmaciens, d'avoir un cours pratique qui graverait pour ainsi dire dans la mémoire de l'étudiant les diverses décompositions chimiques qui peuvent avoir lieu soit en remplissant une prescription ou en faisant tout autre composé. Il fut donc décidé de former cette classe qui devra se réunir une fois par semaine durant l'été. Le comité fut chargé de faire les arrangements nécessaires à la prompte exécution de ce projet.

Université Laval, Montréal. Faculté de médecine.

Lors des examens qui ont eu lieu la semaine dernière pour la licence et le doctorat en médecine (deuxième épreuve) les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

Pathologie interne : Symptômes de la variole.

Pathologie externe : Qu'est-ce qu'un anévrisme? Comment divisez-vous les anévrismes? Donnez-en le traitement chirurgical.

Matière Médicale et Thérapeutique : Contre-indications du tartre émétique. Doses de ce remède suivant ses divers usages.

Tocologie : Comment peut-on reconnaître une présentation de la tête d'avec une présentation du siége avant la dilatation du col ?

Ophthalmologie : Conjonctivite catarrhale et purulente. Symptômes objectifs et subjectifs. Marche; durée; terminaison Etiologie. Diagnostic différentiel. Traitement.

Médecine légale : Combien y a-t-il de degrés de brûlures ? Enumérez-les et donnez-en les caractères.

Toxicologie : Traitement de l'empoisonnement par les irritants corrosifs.

VARIÉTÉS.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Rapport du médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame, pour les six mois finissant le 31 *janvier* 1882 :

Le 31 juillet 1881, il y avait à l'hôpital 43 malades, dont 20 hommes et 23 femmes.

Durant les six mois compris entre le 31 juillet 1881 et le 31 janvier 1882, on a admis 430 nouveaux patients, dont 229 hommes et 201 femmes, ce qui donne un total de 473 malades traités pendant ce semestre.

Sur ce nombre, sont sortis guéris	245
" améliorés	114
" non-améliorés	55
Sont morts à l'hôpital	17
Restaient le 31 janvier 1882	42
Total	473

Ces 473 malades sont répartis comme suit :

Hommes	250
Femmes	223
Total	473
Malades ordinaires	390
" payants ordinaires	30
" privés	53
Total	473
Catholiques	451
Protestants	22
Total	473

Canadiens-français	402
Irlandais	41
Anglais	14
Ecossais	10
Français	5
Belges	1
Total	473

Dans le cours de ce même semestre, 1078 patients ont reçu des soins, médicaments, etc., au dispensaire général.

Sur ce nombre on comptait 503 hommes et 575 femmes.

Au dispensaire pour les maladies des yeux et des oreilles, on a traité 407 malades, dont 188 hommes et 219 femmes. De plus on y a donné 3,256 prescriptions.

TABLEAU

DES MALADIES, ACCIDENTS, ETC., TRAITÉS A L'HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL, DURANT LES SIX MOIS FINISSANT LE 31 JANVIER 1882.

MALADIES, ETC.	Congédiés.	Morts.
I. *Maladies Zymotiques.*		
Fièvre éphémère	12	
" typhoïde	15	2
" intermittente	1	
Diphthérie	2	
II. *Maladies constitutionnelles.*		
Débilité	13	
Anémie	12	
Chlorose	6	
Syphilis	8	
Cancer (var)	14	
Rhumatisme articulaire aigu	7	
" " subaigu	2	
" " chronique	1	
Gangrène sénile	1	
III. *Maladies du système nerveux.*		
Epilepsie	6	
Hystérie	5	
Chorée	1	
Névralgies (var)	4	
Neurasthénie	1	
Hypochondrie	3	
Hémorrhagie cérébrale	4	1
Ramollissement du cerveau	1	
Cérébrite (abcès)		1
Aphasie	1	
Tumeur cérébrale	2	
Hémiplégie	1	
Paraplégie	1	
Paralysie faciale	1	
Ataxie locomotrice	1	
Delirium tremens	12	
Manie	5	
" des ivrognes	1	
Alcoolisme aigu	3	
" chimique	4	
Supercherie	3	
IV. *Maladies du système circulatoire.*		
Maladies des valvules du coeur	4	
Athérome artériel	1	
V. *Maladies du système respiratoire.*		
Ozène	2	
Laryngite chronique	1	
Bronchite aiguë	3	
" subaiguë	2	
" capillaire	1	
Pneumonie	3	
Pleurésie aiguë	2	
" chronique	4	
Emphysème pulmonaire	1	
Tuberculose pulmonaire	13	4
VI. *Maladies du système digestif.*		
Bec de lièvre compliqué	1	
" double	1	
Hémorrhagie dentaire	1	

Gingivite	1	
Kyste des conduits de la glande sous linguale	1	
Cancer de la langue	2	
Adhérence buccogingivale	1	
Amygdalite aigue	3	
Hypertrophie des amygdales	1	
Dyspepsie (var)	10	
Gastrite subaigue	1	
Cancer de l'estomac	3	
Entérite chronique	1	
Diarrhée	5	
Dyssenterie aigue	1	
" chronique	2	
Entérorrhagie	1	
Hernie inguinale étranglée	1	
Hémorrhoïdes	6	
Fistule anale	2	
Périto ite aigue	1	
" traumatique	1	
Congestion du foie	1	
Ictère catarrhal	6	
Cirrhose du foie	1	

VII. *Maladies du système genito-urinaire.*

Phimosis	1	
Chancroïde	4	
Orchite aiguë	5	
Hypertrophie de la prostate	1	
Blennorrhagie	1	
Stricture de l'urèthre	4	
Hématocèle	1	
Calculs vésicaux	1	
Cystite aiguë	1	
Cystite chronique	3	
Anurie	1	
Incontinence d'urine	1	
Spermatorrhée	1	
Abcès de la glande vulvo-vaginale	1	
Kyste double des grandes lèvres	1	
Atrésie vaginale	1	
Déchirure du périnée	1	
Endométrite	5	
Métrite sous aigue	1	
" chronique	1	
Périmétrite	2	
Métrorrhagie	1	
Erosion du col utérin	1	
Cancer de l'utérus	4	
Fibrôme de l'utérus	1	1
Prolapsus de l'utérus	2	

VIII. *Maladies du système locomoteur.*

Entorse	4	
Arthrite aigüe simple	2	
" " suppurée	2	
" chronique simple	3	
Coxalgie	2	
Périostite	2	
Ostéite	1	
Nécrose	1	
Torticolis	4	
Rhumatisme musculaire	2	
Lumbago	3	
Cyphose	2	
Atrophie musculaire progressive	1	

IX *Maladies des systèmes cutané et ganglionnaire.*

Erysipèle		1
Phlegmon	5	
Phlegmon diffus		1
Adénite suppurée	2	
Mammite "	1	
Fistules (var)	3	
Hygroma	1	
Eczéma	3	
Tinea capitis	1	
Condylômes	2	
Ulcères (var)	4	
Angionôme	2	
Lipôme	2	
Kyste sébacé	2	
Sarcôme	2	

X. *Lésions causées par violences extérieures.*

Brûlures	3	
Contusions	7	
Traumatisme du nez	1	
" de tête	1	
" du bras	3	1
" du pied	3	
" de jambe	1	
" (varié)	9	
Luxation de la hanche	1	
Fracture du crâne		2
" des os du nez	1	
" des vertèbres cervicales		2
" de l'avant-bras	2	
" " (comp)	1	
" de l'humérus	2	
" de la jambe (simple)	6	1
" " (composée)	1	
" du fémur (simple)	1	
" " (composée)	1	
" " (compliqué)	1	
" du bassin	1	

XI. *Maladies des yeux.*

Conjonctivite purulente	1	
Pterygion	1	
Kératite ulcéreuse	2	
Opacité cornéenne	1	
Irido-Kératite traumatique	1	
Iritis syphilitique	1	
Glaucôme	1	
Cataracte	3	
Fistule lachrymale	1	
Entropion	2	

XII. *Maladies des oreilles.*

Otite aiguë	1	
Otorrhée	1	
Furoncle de l'oreille externe	1	

H. E. DESROSIERS, M.D.,
Médecin interne.

Un comble.—Un jeune médecin a lancé dernièrement dans le public la circulaire qui suit:

Le Docteur L... prend la liberté d'annoncer à ses pratiques et au public en général qu'il a ouvert son bureau au No. ..., rue ..... Il est marié et a quelques années de pratique. Il peut fournir les meilleures références sur sa conduite et sa capacité. Ses prix sont très modéres.—Consultations à toute heure.

Aux dames et demoiselles. Le Dr L... prend occasion de cette circulaire pour annoncer qu'il a toujours en mains une " Eau de Toilette " excellente pour la peau et contre laquelle aucun *bouton* ne résiste ; en s'en servant tous les jours, une bouteille dure trois mois, 25 cents la bouteille. Un " Cosmétique ou Crême pour le teint " qui ne laisse rien a désirer pour le parfum, blanchit la peau, l'assouplit, la préserve autant contre la rigueur du froid que contre les ardeurs du soleil, etc. 25 cts l'once. Contre les " Mois douloureux," une préparation infaillible ; une bouteille dure un an, 25 cts la bouteille. Ainsi que plusieurs autres préparations pour cheveux, rousseurs, dents, etc. Seul dépot à son bureau No.... rue ... (4e porte de la rue ...) Montréal, 1882.

Si notre Esculape parfumeur ne fait pas rapidement fortune c'est que le public intelligent auquel il fait appel y aura mis de la mauvaise volonté. Quant on est *marié*, père de famille peut-être, que l'on donne à des prix *très modérés* des *consultations à toute heure*, qu'enfin l'on peut fournir les meilleures *références* (*sic*) il faut nécessairement réussir. C'est clair comme le jour.

Les *Dames et Demoiselles* auraient tort, croyons-nous, de ne pas profiter des offres philantropiques du sieur L. qui leur débite à si grand marché ses *eaux de beautés* et ses *préparations infaillibles dont une seule bouteille dure un an*, (et même davantage encore, sans doute, quand on n'y touche pas).

Si le sieur L ne rencontre pas à Montréal tout l'encouragement auquel il s'attend, nous lui conseillerons d'aller tenter fortune au pays des Mormons, où une faculté de médecine vient d'être fondée et où il pourra déployer en paix ses capacités de gynécologiste. Si non nous serons forcé de livrer notre docteur ès-parfums à la vindicte du Collège des Médecins et Chirurgiens qui n'entend pas plaisanter sur la question de l'étiquette médicale.

DÉCES.

A la Malbaie, le 19 mars, à l'âge de deux ans et deux mois, Marie Narcisse Honoré Tancrède, fils de Louis Honoré Labrèque, Ecr., M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la phthisie pulmonaire (1).

(*Suite et fin.*)

Je terminerai cette étude par des considérations sur la thérapeutique dans le traitement de la phthisie. Des doctrines exprimées dans le cours de cette lecture découle toute la médication. Le traitement varie suivant la part que prend, à l'évolution du tubercule, l'activité nutritive locale ou générale. Pour bien répondre à toutes les indications, il faut diviser les phthisiques en deux grandes classes : les phthisiques à forme éréthique ou hypersthénique et ceux à forme torpide ou hyposthénique. L'éréthisme ou l'hyposthénie peut porter sur l'innervation, sur la circulation, sur la digestion et sur les diacrises. L'éréthisme se montre habituellement dans les formes aigues et porte sur une ou plusieurs fonctions. L'hyposthénie caractérise les formes chroniques et implique l'asthénie de ces mêmes fonctions, c'est-à-dire la débilité fonctionnelle qui se trahit par l'impuissance ou la suspension de ces mêmes fonctions. Aussi nous pouvons dire phthisie avec éréthisme nerveux qui provoque des désordres nerveux ; phthisie avec éréthisme vasculaire qui cause des congestions et des hémoptysies ; phthisie avec éréthisme diacritique qui donne les formes catarrhales et les flux séreux ; phthisie irritative ou floride qui est caractérisée par l'abondance des exsudats plasmatiques qui tendent rapidement à la calcification. Il faut remarquer que l'hypersthénie et l'hyposthénie peuvent se rencontrer sur un même sujet sur deux fonctions différentes, ou encore peuvent se substituer successivement l'une à l'autre dans une même fonction. La vigilance du médecin doit tendre sans cesse à la connaissance parfaite de ces fonctions qui demandent une indication thérapeutique spéciale indépendamment des conditions étiologiques.

L'hygiène doit être d'abord employée pour préserver des

(1) Lu devant la Société médicale de Montréal, séance du 6 mars 1882.

germes infectieux les sujets prédisposés par la débilité. Pour le tuberculeux elle est une indication précieuse et indispensable à l'espoir de guérir. L'hygiène des organes respiratoires exige ici une considération. Au début de la phthisie à forme torpide, un certain exercice de la voix, le chant surtout sont utiles pour activer la circulation et faciliter l'hématose et l'élimination des secrétions bronchiques. Dans les formes avec éréthisme le repos de ces organes est nécessaire. Dans l'une et l'autre forme un exercice musculaire modéré aidera à entretenir l'appétit et à activer l'hématose et la circulation. L'hydrothérapie doit aussi faire partie intégrante de la bonne hygiène. Et comme la tuberculose implique une déchéance organique, nous devons la combattre par les toniques reconstituants, les hydrocarbones et les stimulants. Ainsi l'huile de foie de morue à hautes doses (ʒiii à ʒxii par jour) ou la glycérine à la dose de ʒi à ʒii, le quinquina, les vins généreux, le brandy, le rhum, devront être employés. L'arsenic aussi répond à l'indication fondamentale tirée de l'insuffisance nutritive. Comme l'huile il est un eutrophique par excellence et propre à toutes les formes de phthisie. Il répond bien aussi à deux indications symptomatiques en calmant l'excitabilité nerveuse et l'hyperkinésie cardio-vasculaire.

Maintenant, Messieurs, vous dirai-je un mot de la créosote qui est indiquée du moment que les phénomènes du catarrhe broncho pulmonaire s'accusent par l'expectoration. Ce remède, par son action antiseptique puissante, diminue l'expectoration en desséchant les bronches; il restreint les lésions catarrhales et par conséquent agit sur les lésions pulmonaires elles-mêmes et par là favorise l'évolution scléreuse qui est le mode de guérison. C'est l'agent dont l'influence approche le plus du tubercule lui-même pour le modifier. Généralement après huit jours d'administration l'oppression diminue puis cesse complètement; du huitième au vingt-unième jour l'expectoration diminue et la toux aussi; après un mois ou six semaines la purulence et la fétidité des crachats disparaissent et l'appétit revient peu à peu, la fièvre s'amoindrit, les sueurs nocturnes se suppriment mais lentement. Bouchard et Gimbert nous prouvent, par des tableaux, que la créosote leur a été avantageuse dans tous les cas au 1er degré, dans plus de la moitié au 2e degré et dans ⅓ au 3e degré. Reuss confirme les succès de MM. Bouchard et Gimbert en nous soumettant un tableau de 93 malades dont 54 ont bénéficié de ce remède. Il y aussi un autre tableau de 20 malades où il y a eu 8 guérisons et 6 améliorations. Mais la créosote, par son action irritante, demande un mode d'administration choisi afin de ménager le larynx et

l'estomac. Bouchard et Gimbert la donnent en suspension dans l'huile de foie de morue. Reuss trouve plus convenable de la donner avec le baume de tolu qui la dissout. Voici la formule:

℞ Baume de tolu..... 4 gouttes.
Créosote .... 1 goutte.
Excipient..... Q. S.
Pour une dragée.

La créosote employée doit être bien pure. Voici des moyens pour distinguer la vraie créosote de celle du commerce. La gravité spécifique de la vraie créosote est de1,070, et de 1,069 pour celle du commerce. Dans la vraie créosote le collodion conserve sa transparence et dans celle du commerce il se coagule. Si une faible solution alcoolique de vraie créosote est versée dans une solution très étendue de perchlorure de fer, la créosote prend la coloration verdâtre, puis brune, tandis que celle du commerce offre une coloration bleue qui passe au violet.

Parce que le tubercule dépend d'un processus appelé irritation phymatogène localisée au poumon, nous devons pressentir l'importance des révulsifs. C'est surtout au début de cette affection qu'ils présentent incontestablement leur maximum de puissance. Et pour retirer avantage des révulsifs, il faut les poursuivre avec une infatigable persévérance. Jaccoud donne la préférence aux cautères à la pâte de Vienne qu'il fait placer au nombre de trois sous la clavicule sur l'un ou les deux côtés. Tous les révulsifs peuvent être employés indistinctement.

Dans le cours d'une maladie aussi complexe que la phthisie pulmonaire, le danger peut venir de bien des côtés. Aussi, outre le traitement général, le médecin a encore à s'occuper des phénomènes intercurrents auxquels répondent des indications spéciales. Mais pour ne pas abuser plus longtemps de votre patience, je terminerai en vous parlant brièvement du traitement des hémoptysies, de la fièvre et enfin de l'alimentation forcée. Pour bien traiter l'hémoptysie il faut distinguer celle qui précède l'excavation de celle qui la suit. La première est une hémorrhagie congestive et l'autre le plus souvent une hémorrhagie par rupture. La distinction doit aussi porter sur la forme apyrétique ou fébrile. Une hémoptysie apyrétique et de moyenne intensité cèdera presque toujours aux moyens ordinaires. Celle-ci est sérieuse qui persiste plus de 36 à 48 heures. Il arrive aussi qu'une hémoptysie antérieure à la période d'excavation devienne assez abondante

pour constituer un danger. Pour ces deux derniers cas il faut une médication énergique : injections hypodermiques d'ergotine, inhalations au perchlorure de fer, etc., etc. Si la fièvre s'allume dans le cours d'une hémoptysie, il faut suivre la même médication que dans l'hémoptysie fébrile d'emblée. Outre les moyens ordinaires, on donne l'ipécac à doses nauséeuses jusqu'à abaissement de la température et diminution du pouls. Alors on supprime le remède que l'on reprend si la fièvre et le pouls l'indiquent. Il faut soutenir les forces du malade par des vins, bouillons et brandy glacés. Ici nous devons être en garde contre le collapsus qui succède quelquefois rapidement à la fièvre. Si l'hémoptysie est peu abondante, on peut remplacer la médication nauséeuse par l'ergotine et la quinine. L'ergotine doit être administrée jusqu'à fourmillement ou engourdissement dans les doigts ou les orteils. Il y a aussi indication du perchlorure de fer quand il y a danger imminent.

Vous vous rappelez, sans doute, ce que je vous ai dit de la fièvre chez le tuberculeux. Je vous en ai fait quatre groupes distincts. Dans les trois premiers groupes se trouvent la fièvre de granulation ou de tuberculisation, la fièvre d'inflammation et la fièvre d'excavation ; dans le quatrième groupe la fièvre de résorption ou fièvre hectique. Il faut traiter ces différentes variétés de fièvre pour en diminuer au moins l'intensité, ne fut-ce que d'un degré, parce que la fièvre représente en elle-même un processus de consomption. L'agent antipyrétique qui convient le mieux à la fièvre des trois premiers groupes est la quinine. Cependant si la fièvre de résorption s'était montrée antérieurement, il vaudrait mieux traiter par l'acide salicylique. Le bromhydrate de quinine par son action peu irritante sur l'estomac est préféré au sulfate. Mais vû sa grande rareté nous employons le sulfate de quinine à la dose de 15 à 18 grains 6 hrs avant l'accès. Jaccoud fait alterner cette médication de trois jours avec autant de jours de repos. Avec ce traitement le mouvement fébrile disparaît quelquefois, ou diminue presque toujours, considérablement. La fièvre d'excavation est celle qui présente le moins de prise à la médication. Sa résistance nous oblige de recourir à l'acide salicylique, parce que la fièvre peut être liée à la résorption de produits putrides dans les poumons. La fièvre de résorption est la plus redoutable, vû sa mauvaise nature. C'est un empoisonnement par la résorption de matières septiques qui encombrent les poumons. Le malade est voué d'une manière presqu'inévitable à la mort prochaine. Cependant, comme toujours, le médecin doit combattre. "On réussit ou on échoue, peu importe, dit Jaccoud,

il faut agir, agir énergiquement, agir toujours, on peut obtenir de l'insistance ce que l'on n'a pu obtenir de l'intervention initiale." Les agents modificateurs de cette fièvre sont l'acide salicylique et le salicylate de soude qui agissent par leurs propriétés antiputride et antipyrétique sur les effets et sur la cause elle-même. Si l'acide salicylique n'est pas toléré par l'estomac, alors on doit recourir au salicylate de soude. Voici ce que dit Jaccoud du mode d'administration. " Chez les malades qui sont pris de fièvre de résorption à une période peu avancée, dont la constitution primitivement forte n'est pas encore ruinée par la maladie et dont les fonctions gastriques sont en parfait état, je donne le premier jour deux grammes d'acide salicylique, le second et le troisième jour un gramme et demi à un gramme, suivant les cas ; si après ces trois jours la fièvre n'a pas cédé, je viens à deux grammes, recommençant ainsi la série, soit sans interruption, soit après un intervalle de repos. Chez les malades qui ne sont pas dans des conditions aussi satisfaisantes, j'administre un gramme et demi le premier jour et un gramme les jours suivants, restant à cette dose ou l'augmentant après un intervalle de trois jours, suivant l'effet produit. En tout cas, je maintiens le médicament à la dose tolérée jusqu'à chûte de la fièvre ou au moins jusqu'à ce que je n'observe plus d'abaissement thermique d'un jour à l'autre ; la résistance de la fièvre tient à la complexité de son origine et la persistance aveugle du traitement n'aboutirait qu'à une révolte de l'estomac ou à des accidents cérébro cardiaques d'une réelle gravité. Voici la formule de Jaccoud :

Rhum ou cognac ℥iss ; Acide salicylique grs 36 ; Vin cordial ℥v. La dose totale doit être prise dans l'intervalle d'une heure et chaque ingestion suivie d'un verre d'eau pure. La manifestation thermique de cet agent antipyrétique commence une demi-heure ou quarante minutes après son ingestion et n'est complète qu'apres 3 ou 4 heures. Conséquence pratique : ne le donner que quatre heures avant l'exacerbation fébrile. Si l'acide salicylique n'est pas toléré parce qu'il cause de la gastralgie ou des vomissements, il faut s'adresser au salicylate de soude qui a une action moins irritante sur l'estomac. La dose du salicylate de soude pour le 1er jour est de 72 à 108 grs, le deuxième jour de 54 à 72 grains, et le troisième jour de 36 à 56 grains. On peut aussi le donner en injections hypodermiques à la dose de 15 grains dissout dans autant d'eau. Mais il faut remarquer que les effets se manifestent généralement 24 à 36 heures après.

Notre vigilance doit aussi porter sur l'état de l'estomac. La dyspepsie chez les phthisiques peut avoir diverses origines.

Elle peut dépendre d'une altération pathologique du pancréas qui ne sécrète plus un suc de composition normale, soit en quantité ou en qualité, ce qui explique l'intolérance des substances grasses et indique l'usage de la pancréatine. Elle peut dépendre aussi d'une inertie musculaire de l'estomac et encore d'une altération et même d'une destruction des glandes à suc gastrique. Indication de la strychnine dans le premier cas et de la pepsine dans le second.

J'aborde la dernière partie de mon travail qui est l'alimentation. En thèse générale la viande et les stimulants conviennent mieux à la forme torpide, et la diète relative, le régime végétal et lacté à la forme éréthique. La viande crûe convient à presque tous les malades.

Messieurs, je me répète et je dis: parce que la tuberculose est une déchéance de nutrition nous devons chercher, par tous les moyens imaginables, à restaurer les forces vitales. Chez le tuberculeux qui a perdu l'appétit, qui a de l'anorexie et qui cependant a besoin de réparer les pertes qu'il fait tous les jours, à quel moyen aurons-nous recours? M. Debove nous présente un puissant moyen de soutenir notre malade en l'alimentant artificiellement. Pour cela on se sert du tube mou en caoutchouc de Faucher, surmonté d'un entonnoir en verre et que l'on introduit dans l'estomac. Il est d'un usage facile, car il suffit de le placer dans de l'eau tiède puis de le présenter à la base de la langue, pour que, aidé de mouvements de déglutition, on arrive dès la première séance dans l'estomac. Mais quand la pénétration du tube devient douloureuse par les ulcérations à l'épiglotte et à l'orifice laryngé, on se sert alors du cathéter rigide de Debove. Chaque fois qu'il y a dyspepsie, Dujardin Beaumetz fait le lavage de l'estomac avant l'ingestion des aliments. Pour cette fin, il se sert d'eau simple ou d'eau et de bicarb. de soude (72 grs. p. ʒxvj) ou du sulfate de soude (108 grs. p. ʒxvj). Il donne la préférence à ce dernier agent qui serait légèrement antiseptique. En général il faut faire passer dans l'estomac une certaine quantité de liquide. Aussi pour mieux enlever les mucosités et les débris contenus dans l'estomac, il serait bon de se rappeler les moyens que voici: "Elever à des hauteurs variables l'entonnoir qui contient le liquide et l'abaisser plus ou moins quand il s'agit de vider l'estomac." De même quand on se sert de la pompe il faut varier la force des poussées du liquide dans l'estomac dans le but aussi d'en mieux faire le nettoyage. Ceci fait on introduit le mélange alimentaire suivant: 4 œufs, jaune et blanc compris; ʒiii à ʒvj de viande crûe et râpée; ʒi de sel marin et une quantité de lait tiède suffisante pour liquéfier l'en—

semble du mélange. Après cette introduction on verse dans le tube une chopine de lait pur. Quand il y a diarrhée on ajoute à ce mélange le sous-nitrate de bismuth. Lorsque l'huile de foie de morue n'est pas supportée, M. Dujardin Beaumetz fait comme suit: Il introduit d'abord 100 à 150 gram. d'huile de foie de morue, 100 gram. de peptone, le mélange alimentaire et enfin le lait pur. On peut alimenter de la sorte le malade deux fois par jour.

Je ne crois pas mieux terminer qu'en vous citant un extrait du rapport de la Société médicale des Hôpitaux relativement à ce sujet: "Les malades gavés par M. Beaumetz étaient tous porteurs de cavernes plus ou moins étendues; tous avaient une anorexie profonde et vomissaient sous l'influence du moindre effort de toux. Or les aliments introduits par le tube n'ont jamais été vomis, ils ont toujours été bien digérés et la diarrhée n'est apparue que lorsqu'on élevait trop la proportion d'huile de morue. L'appétit a reparu, les malades demandent à manger; même au milieu de la nuit ils réclament de la nourriture. Quant au poids du corps il reste à peu près stationnaire. L'état général est bien meilleur. Les malades se sentent plus forts; ceux qui ne quittaient pas leur lit se promènent maintenant; leur sommeil est plus calme et plus profond, les sueurs moins profuses, les retours de la fièvre moins fréquents. Les lésions pulmonaires, la toux et l'expectoration ne sont pas modifiés." Voilà, Messieurs, qui est satisfaisant et doit nous engager à nous servir d'un moyen aussi puissant de soutenir les forces vitales chez le tuberculeux.

DR J. I. DESROCHES.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Pelvi-péritonite; abcès iliaque — Adénôme du sein; érysipèle généralisé.—Aphasie.

Pelvi-péritonite puerpérale; abcès iliaque.—Rose M., 24 ans, accoucha le 30 décembre dernier, de deux jumeaux dont le dernier fut *mis au monde* au moyen de la version. Les *dou-*

leurs utérines qui suivirent la délivrance furent considérables mais ne s'accompagnèrent d'aucun autre accident quand, vers le 25 janvier, la malade se plaignit de sensibilité abdominale siégeant surtout au côté gauche. Les douleurs s'accrurent, s'accompagnèrent d'un mouvement fébrile prononcé, et le 8 février, la malade fut admise à l'Hôpital, salle Ste-Marie, No. 27. On constate alors que les douleurs et la sensibilité siégent surtout et presque exclusivement dans la fosse iliaque. A la palpation, on perçoit au même endroit une induration occupant toute la fosse iliaque, très sensible à la moindre pression, et donnant à la percussion une matité absolue. Le reste de l'abdomen est tympanisé. Les intestins sont paresseux, cela va sans dire: le pouls est à 100° et la température à 103° Fahr. On prescrit des applications chaudes fréquemment renouvelées, *loco dol*, l'opium et la morphine pour calmer la douleur, une diète généreuse, etc. Du 8 au 23 l'état de la malade se maintient à peu près au même point si ce n'est que la tuméfaction augmente graduellement et apparaît bientôt à la simple inspection au niveau de la fosse iliaque, près du pli inguinal, qu'elle dépasse même d'un travers de doigt. La fluctuation y est évidente. La température se maintient de 102° à 103° le soir pour tomber à 100½° ou 101° le matin, le pouls variant entre 90 le matin et 100 le soir. La patiente suit un traitement tonique stimulant, fer, quinine, vin, etc., etc. Le 23, on pratique la ponction aspiratrice de l'abcès au moyen de l'appareil de Dieulafoy, et on retire environ 8 onces de pus inodore, épais et louable. La piqûre est recouverte d'un diachylon et on exerce une compression méthodique au niveau de l'abcès. En dépit de cette ponction la température se maintient à peu près au même degré pendant quelques jours encore. La tuméfaction qui avait rétrocédé augmente de nouveau, et la fluctuation révèle une fois de plus la présence du pus. Cette fois on attend jusqu'au 9 mars avant que de donner issue à la collection purulente, ce que l'on fait par une assez large ouverture pratiquée au moyen d'un bistouri. L'abcès donne du coup à peu près 8 onces de pus. On introduit un tube a drainage et l'on panse antiseptiquement. Le soir de ce jour la température est à 100°, et le lendemain, a 98½°. Le 10, soir, elle remonte à 100° pour redescendre à 98½ le 11, A.M. Pendant toute la durée de la période inflammatoire et de la formation de l'abcès, la malade n'a présenté aucun trouble du côté de l'estomac, ni nausée, ni vomissements. Les forces générales sont encore assez bonnes. On prescrit toujours la quinine et les stimulants alcooliques, la morphine et l'opium *p. r. n.*

Le 11, P.M., le thermomètre marque 100½°. Le pouls est à

96. La malade dort bien. Comme il existe un peu de constipation on prescrit une ou deux doses de *mixture blanche* (carbonate et sulfate de magnésie) qui produisent une légère action des intestins.

Le 12 et le 13, la température est à 100°, matin et soir, même état général : douleurs nulles, pas de frissons. Le pansement est fait deux fois le jour et consiste en injections chaudes d'acide carbolique au 40e, le tube étant continuellement maintenu dans la plaie. La tuméfaction est de beaucoup diminuée. Pas de tympanite. Etat général très satisfaisant. Le 14 A.M., le thermomètre indique 99° ; le pouls est à 84. Même état ; même traitement. Du 15 au 29, la température varie entre 100° le soir et 99° le matin. La malade souffre un peu de diarrhée contre laquelle on prescrit la poudre de craie composée. On continue l'usage de la quinine et des préparations ferrugineuses, alternant avec les stimulants. Le 15 avril, on fait un examen *per vaginam* et l'on constate que l'utérus n'a pas été déplacé. Une induration persiste encore à la partie supérieure du vagin, à gauche du col utérin. L'ouverture pratiquée à l'abdomen donne encore un peu de pus. On continue le même pansement. La malade est encore sous observation. Elle se lève, peut se tenir debout toute la journée et présente toutes les apparences d'une guérison parfaite prochaine.

Adénôme du sein ; Erysipèle généralisé.—Dame E. V, 31 ans, mariée depuis trois ans, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital (salle Ste Marie, No. 43), le 9 mars 1882, pour un adénôme du sein gauche. D'après le rapport de la malade, la tumeur s'est développée insensiblement depuis cinq ou six ans, sans occasionner la moindre douleur. Le 9 mars, elle a à peu près le volume d'un œuf de poule, et occupe la partie supérieure du sein ; il n'y a pas d'adhérence à la peau ; le mamelon est intact ainsi que les lymphatiques de l'aisselle et du cou. Cette malade souffre aussi d'épilepsie, les attaques survenant à peu près tous les mois.

Le lendemain de l'entrée de la patiente à l'hôpital, la tumeur est enlevée ; l'hémorrhagie est légère. Vû l'impossibilité d'obtenir une réunion par première intention, on introduit dans la plaie une mèche de charpie et l'on panse comme à l'ordinaire. Le soir même de l'opération la température est à 102° Fahr. La malade a éprouvé peu de douleurs et la sensibilité de la partie n'est pas exagérée. Le lendemain (11) matin, le thermomètre marque 101° ; le pouls est à 90. Le premier pansement est fait et consiste dans le lavage de la cavité à l'acide carbolique au 40e et l'introduction de tentes. Dans le cours de l'après-midi, la malade se plaint de malaise général, anorexie,

Un comble.—Un jeune médecin a lancé dernièrement dans le public la circulaire qui suit:

Le Docteur L... prend la liberté d'annoncer à ses pratiques et au public en général qu'il a ouvert son bureau au No. ..., rue ..... Il est marié et a quelques années de pratique. Il peut fournir les meilleures références sur sa conduite et sa capacité. Ses prix sont très modéres.—Consultations à toute heure.

Aux dames et demoiselles. Le Dr L... prend occasion de cette circulaire pour annoncer qu'il a toujours en mains une " Eau de Toilette " excellente pour la peau et contre laquelle aucun *bouton* ne résiste ; en s'en servant tous les jours, une bouteille dure trois mois, 25 cents la bouteille. Un " Cosmétique ou Crême pour le teint " qui ne laisse rien a désirer pour le parfum, blanchit la peau, l'assouplit, la préserve autant contre la rigueur du froid que contre les ardeurs du soleil, etc. 25 cts l'once. Contre les " Mois douloureux," une préparation infaillible ; une bouteille dure un an, 25 cts la bouteille. Ainsi que plusieurs autres préparations pour cheveux, rousseurs, dents, etc. Seul dépot à son bureau No.... rue ... (4e porte de la rue ...) Montréal, 1882.

Si notre Esculape parfumeur ne fait pas rapidement fortune c'est que le public intelligent auquel il fait appel y aura mis de la mauvaise volonté. Quant on est *marié*, père de famille peut-être, que l'on donne à des prix *très modérés* des *consultations à toute heure*, qu'enfin l'on peut fournir les meilleures *références* (*sic*) il faut nécessairement réussir. C'est clair comme le jour.

Les *Dames et Demoiselles* auraient tort, croyons-nous, de ne pas profiter des offres philantropiques du sieur L. qui leur débite à si grand marché ses *eaux de beautés* et ses *préparations infaillibles dont une seule bouteille dure un an*, (et même davantage encore, sans doute, quand on n'y touche pas).

Si le sieur L ne rencontre pas à Montréal tout l'encouragement auquel il s'attend, nous lui conseillerons d'aller tenter fortune au pays des Mormons, où une faculté de médecine vient d'être fondée et où il pourra déployer en paix ses capacités de gynécologiste. Si non nous serons forcé de livrer notre docteur ès-parfums à la vindicte du Collège des Médecins et Chirurgiens qui n'entend pas plaisanter sur la question de l'étiquette médicale.

DÉCES.

A la Malbaie, le 19 mars, à l'âge de deux ans et deux mois, Marie Narcisse Honoré Tancrède, fils de Louis Honoré Labrèque, Ecr., M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la phthisie pulmonaire (1).

(*Suite et fin.*)

Je terminerai cette étude par des considérations sur la thérapeutique dans le traitement de la phthisie. Des doctrines exprimées dans le cours de cette lecture découle toute la médication. Le traitement varie suivant la part que prend, à l'évolution du tubercule, l'activité nutritive locale ou générale. Pour bien répondre à toutes les indications, il faut diviser les phthisiques en deux grandes classes : les phthisiques à forme éréthique ou hypersthénique et ceux à forme torpide ou hyposthénique. L'éréthisme ou l'hyposthénie peut porter sur l'innervation, sur la circulation, sur la digestion et sur les diacrises. L'éréthisme se montre habituellement dans les formes aigues et porte sur une ou plusieurs fonctions. L'hyposthénie caractérise les formes chroniques et implique l'asthénie de ces mêmes fonctions, c'est-à-dire la débilité fonctionnelle qui se trahit par l'impuissance ou la suspension de ces mêmes fonctions. Aussi nous pouvons dire phthisie avec éréthisme nerveux qui provoque des désordres nerveux ; phthisie avec éréthisme vasculaire qui cause des congestions et des hémoptysies ; phthisie avec éréthisme diacritique qui donne les formes catarrhales et les flux séreux ; phthisie irritative ou floride qui est caractérisée par l'abondance des exsudats plasmatiques qui tendent rapidement à la calcification. Il faut remarquer que l'hypersthénie et l'hyposthénie peuvent se rencontrer sur un même sujet sur deux fonctions différentes, ou encore peuvent se substituer successivement l'une à l'autre dans une même fonction. La vigilance du médecin doit tendre sans cesse à la connaissance parfaite de ces fonctions qui demandent une indication thérapeutique spéciale indépendamment des conditions étiologiques.

L'hygiène doit être d'abord employée pour préserver des

(1) Lu devant la Société médicale de Montréal, séance du 6 mars 1882.

Un comble.—Un jeune médecin a lancé dernièrement dans le public la circulaire qui suit:

Le Docteur L... prend la liberté d'annoncer à ses pratiques et au public en général qu'il a ouvert son bureau au No. ..., rue ..... Il est marié et a quelques années de pratique. Il peut fournir les meilleures références sur sa conduite et sa capacité. Ses prix sont très modéres.—Consultations à toute heure.

Aux dames et demoiselles. Le Dr L... prend occasion de cette circulaire pour annoncer qu'il a toujours en mains une " Eau de Toilette " excellente pour la peau et contre laquelle aucun *bouton* ne résiste ; en s'en servant tous les jours, une bouteille dure trois mois, 25 cents la bouteille. Un " Cosmétique ou Crême pour le teint " qui ne laisse rien a désirer pour le parfum, blanchit la peau, l'assouplit, la préserve autant contre la rigueur du froid que contre les ardeurs du soleil, etc. 25 cts l'once. Contre les " Mois douloureux," une préparation infaillible ; une bouteille dure un an, 25 cts la bouteille. Ainsi que plusieurs autres préparations pour cheveux, rousseurs, dents, etc. Seul dépot à son bureau No.... rue ... (4e porte de la rue ...) Montréal, 1882.

Si notre Esculape parfumeur ne fait pas rapidement fortune c'est que le public intelligent auquel il fait appel y aura mis de la mauvaise volonté. Quant on est *marié*, père de famille peut-être, que l'on donne à des prix *très modérés* des *consultations à toute heure*, qu'enfin l'on peut fournir les meilleures *références* (*sic*) il faut nécessairement réussir. C'est clair comme le jour.

Les *Dames et Demoiselles* auraient tort, croyons-nous, de ne pas profiter des offres philantropiques du sieur L. qui leur débite à si grand marché ses *eaux de beautés* et ses *préparations infaillibles dont une seule bouteille dure un an*, (et même davantage encore, sans doute, quand on n'y touche pas).

Si le sieur L ne rencontre pas à Montréal tout l'encouragement auquel il s'attend, nous lui conseillerons d'aller tenter fortune au pays des Mormons, où une faculté de médecine vient d'être fondée et où il pourra déployer en paix ses capacités de gynécologiste. Si non nous serons forcé de livrer notre docteur ès-parfums à la vindicte du Collège des Médecins et Chirurgiens qui n'entend pas plaisanter sur la question de l'étiquette médicale.

DÉCES.

A la Malbaie, le 19 mars, à l'âge de deux ans et deux mois, Marie Narcisse Honoré Tancrède, fils de Louis Honoré Labrèque, Ecr., M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la phthisie pulmonaire (1).

(*Suite et fin.*)

Je terminerai cette étude par des considérations sur la thérapeutique dans le traitement de la phthisie. Des doctrines exprimées dans le cours de cette lecture découle toute la médication. Le traitement varie suivant la part que prend, à l'évolution du tubercule, l'activité nutritive locale ou générale. Pour bien répondre à toutes les indications, il faut diviser les phthisiques en deux grandes classes : les phthisiques à forme éréthique ou hypersthénique et ceux à forme torpide ou hyposthénique. L'éréthisme ou l'hyposthénie peut porter sur l'innervation, sur la circulation, sur la digestion et sur les diacrises. L'éréthisme se montre habituellement dans les formes aigues et porte sur une ou plusieurs fonctions. L'hyposthénie caractérise les formes chroniques et implique l'asthénie de ces mêmes fonctions, c'est-à-dire la débilité fonctionnelle qui se trahit par l'impuissance ou la suspension de ces mêmes fonctions. Aussi nous pouvons dire phthisie avec éréthisme nerveux qui provoque des désordres nerveux ; phthisie avec éréthisme vasculaire qui cause des congestions et des hémoptysies ; phthisie avec éréthisme diacritique qui donne les formes catarrhales et les flux séreux ; phthisie irritative ou floride qui est caractérisée par l'abondance des exsudats plasmatiques qui tendent rapidement à la calcification. Il faut remarquer que l'hypersthénie et l'hyposthénie peuvent se rencontrer sur un même sujet sur deux fonctions différentes, ou encore peuvent se substituer successivement l'une à l'autre dans une même fonction. La vigilance du médecin doit tendre sans cesse à la connaissance parfaite de ces fonctions qui demandent une indication thérapeutique spéciale indépendamment des conditions étiologiques.

L'hygiène doit être d'abord employée pour préserver des

(1) Lu devant la Société médicale de Montréal, séance du 6 mars 1882.

Un comble.—Un jeune médecin a lancé dernièrement dans le public la circulaire qui suit:

Le Docteur L... prend la liberté d'annoncer à ses pratiques et au public en général qu'il a ouvert son bureau au No. ..., rue ..... Il est marié et a quelques années de pratique. Il peut fournir les meilleures références sur sa conduite et sa capacité. Ses prix sont très modéres.—Consultations à toute heure.

Aux dames et demoiselles. Le Dr L... prend occasion de cette circulaire pour annoncer qu'il a toujours en mains une " Eau de Toilette " excellente pour la peau et contre laquelle aucun *bouton* ne résiste ; en s'en servant tous les jours, une bouteille dure trois mois, 25 cents la bouteille. Un " Cosmétique ou Crême pour le teint " qui ne laisse rien a désirer pour le parfum, blanchit la peau, l'assouplit, la préserve autant contre la rigueur du froid que contre les ardeurs du soleil, etc. 25 cts l'once. Contre les " Mois douloureux," une préparation infaillible ; une bouteille dure un an, 25 cts la bouteille. Ainsi que plusieurs autres préparations pour cheveux, rousseurs, dents, etc. Seul dépot à son bureau No.... rue ... (4e porte de la rue ...) Montréal, 1882.

Si notre Esculape parfumeur ne fait pas rapidement fortune c'est que le public intelligent auquel il fait appel y aura mis de la mauvaise volonté. Quant on est *marié*, père de famille peut-être, que l'on donne à des prix *très modérés* des *consultations à toute heure*, qu'enfin l'on peut fournir les meilleures *références* (*sic*) il faut nécessairement réussir. C'est clair comme le jour.

Les *Dames et Demoiselles* auraient tort, croyons-nous, de ne pas profiter des offres philantropiques du sieur L. qui leur débite à si grand marché ses *eaux de beautés* et ses *préparations infaillibles dont une seule bouteille dure un an*, (et même davantage encore, sans doute, quand on n'y touche pas).

Si le sieur L ne rencontre pas à Montréal tout l'encouragement auquel il s'attend, nous lui conseillerons d'aller tenter fortune au pays des Mormons, où une faculté de médecine vient d'être fondée et où il pourra déployer en paix ses capacités de gynécologiste. Si non nous serons forcé de livrer notre docteur ès-parfums à la vindicte du Collège des Médecins et Chirurgiens qui n'entend pas plaisanter sur la question de l'étiquette médicale.

DÉCES.

A la Malbaie, le 19 mars, à l'âge de deux ans et deux mois, Marie Narcisse Honoré Tancrède, fils de Louis Honoré Labrèque, Ecr., M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la phthisie pulmonaire (1).

(*Suite et fin.*)

Je terminerai cette étude par des considérations sur la thérapeutique dans le traitement de la phthisie. Des doctrines exprimées dans le cours de cette lecture découle toute la médication. Le traitement varie suivant la part que prend, à l'évolution du tubercule, l'activité nutritive locale ou générale. Pour bien répondre à toutes les indications, il faut diviser les phthisiques en deux grandes classes : les phthisiques à forme éréthique ou hypersthénique et ceux à forme torpide ou hyposthénique. L'éréthisme ou l'hyposthénie peut porter sur l'innervation, sur la circulation, sur la digestion et sur les diacrises. L'éréthisme se montre habituellement dans les formes aigues et porte sur une ou plusieurs fonctions. L'hyposthénie caractérise les formes chroniques et implique l'asthénie de ces mêmes fonctions, c'est-à-dire la débilité fonctionnelle qui se trahit par l'impuissance ou la suspension de ces mêmes fonctions. Aussi nous pouvons dire phthisie avec éréthisme nerveux qui provoque des désordres nerveux ; phthisie avec éréthisme vasculaire qui cause des congestions et des hémoptysies ; phthisie avec éréthisme diacritique qui donne les formes catarrhales et les flux séreux ; phthisie irritative ou floride qui est caractérisée par l'abondance des exsudats plasmatiques qui tendent rapidement à la calcification. Il faut remarquer que l'hypersthénie et l'hyposthénie peuvent se rencontrer sur un même sujet sur deux fonctions différentes, ou encore peuvent se substituer successivement l'une à l'autre dans une même fonction. La vigilance du médecin doit tendre sans cesse à la connaissance parfaite de ces fonctions qui demandent une indication thérapeutique spéciale indépendamment des conditions étiologiques.

L'hygiène doit être d'abord employée pour préserver des

(1) Lu devant la Société médicale de Montréal, séance du 6 mars 1882.

pour le moins inoffensif. Au lieu d'effrayer les enfants, les pulvérisations les amusent.

—

Invagination et élimination de 48 centimètres d'intestin.— La *Revue des sciences Médicales* rapporte, d'après le *Deutsh med. Wochen*, un fait qui montre une fois de plus que dans les cas d'invagination, même les plus graves, la guérison est possible après l'élimination d'une partie considérable de l'intestin.

Une femme de quarante-quatre ans, au huitième jour de sa douzième couche, éprouve des douleurs atroces dans le bas-ventre, ses selles se suppriment, et elle vomit. L'auteur, appelé auprès d'elle au bout de cinq jours, constate tous les symptômes de l'étranglement interne; il reconnaît, à droite de la cicatrice ombilicale, la présence d'une bride résistante, longue de 10 centimètres et mate à la percussion. Ne pouvant risquer une opération qui n'aurait d'autre résultat que de hâter la terminaison fatale, l'auteur se contente d'appliquer des cataplasmes et de prescrire l'opium, et fait des injections d'eau, suivant le procédé d'Hégar. Pendant les procédés qui suivent, les selles font défaut, les vomissements continuent. Au bout de ce temps, le malade prend 20 centigrammes de calomel, d'où selle copieuse, amélioration très notable de l'état général.

Cette transformation si brusque fait croire au médecin qu'il s'est trouvé en présence, non d'une invagination, mais d'un volvulus; mais le jour suivant, à sa grande surprise, il trouva dans le vase un morceau d'intestin grêle, long de 48 centimètres, parfaitement reconnaissable et avec toutes ses couches, perforé seulement sur quelques points. En même temps les douleurs de ventre s'apaisent et les vomissements cessent complètement.

Un mois et demi après ce remarquable événement, la malade meurt de phthisie pulmonaire, et l'auteur procède à son autopsie. Il trouve l'intestin absolument libre dans la cavité abdominale sans adhérence à la paroi, sans soudure d'anse à anse. A 15 centimètres de la valvule de Bauhin, il constate une cicatrice résistante au niveau de laquelle le calibre intestinal est legèremeht rétréci; il est facile de voir que c'est le bout superieur qui a pénétré dans l'intérieur en s'y invaginant.—*Journal de Médecine.*

—

Abcès multiples dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — M. Dupont a consacré sa thèse soutenue à

la Faculté de Nancy à l'étude de cette complication assez rare de la fièvre typhoïde. M. le professeur Hecth donne de ce travail, dans la *Revue médicale de l'Est*, une analyse que nous reproduisons en partie.

Deux variétés d'abcès multiples peuvent s'observer chez les convalescents de fièvre typhoïde : les uns sont cutanés ou superficiels, situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'observent habituellement seuls chez le même malade. Les autres, abcès profonds, peuvent être dus à l'inflammation du tissu cellulaire qui se trouve sous les aponévroses, entre les muscles ou dans leurs gaînes (abcès phlegmoneux des muscles) ; cette seconde catégorie peut se rencontrer isolément ou coexister avec les abcès superficiels. Généralement considérés comme des manifestations favorables, des phénomènes critiques, c'est ainsi que bon nombre de praticiens les regardent encore aujourd'hui, les abcès multiples survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde furent pendant longtemps tenus pour des abcès du tissu cellulaire, les altérations des muscles volontaires, la suppuration de leur tissu étant niées, ou à peine notées. Mais qu'elle qu'en soit l'origine, on peut dire que ces abcès superficiels et profonds présentent sensiblement les caractères des abcès chauds en général. Leur diagnostic est en général facile : l'examen histologique, en démontrant dans le pus d'un abcès des débris de fibres musculaires plus ou moins altérés, indiquera sa nature. Bien que, par l'abondance de la suppuration ou l'infection putride ou purulente consécutive, les abcès puissent entrainer la mort, leur pronostic est rarement grave. L'incision des abcès aussitôt qu'ils sont fluctuants ou le drainage associés aux antiseptiques en constituent le traitement. Vingt observations cliniques, dont deux sont personnelles à l'auteur, complètent cet intéressant travail. — *Journal de Médecine.*

—

De l'utilite des injections sous-cutanées d'éther dans la pneumonie adynamique. — *Le Lyon Médical*, nous parle de l'utilité des injections sous-cutanées d'ether dans la pneumonie adynamique, c'est le Docteur Barth qui préconise ce traitement. On connaît les résultats des injections sous-cutaénes d'éther dans la variole, on sait le retentissement qu'a eu le mémoire de M. du Castel sur ce sujet. D'autre part, tous les praticiens ont pu constater les effets stimulants rapides, presque instantanés obtenus à l'aide des injections d'éther. M. Barth a employé les injections d'éther dans la pneumonie. Les 14 observations qu'il rapporte sont relatives à des pneumo-

nies et à des broncho pneumonies très-graves. Sur ces 14 cas, il y a eu 3 morts et 11 guérisons. Aussi l'auteur, loin de prétendre à la découverte d'un spécifique de la pneumonie, indique seulement une application nouvelle d'un puissant moyen stimulant déjà éprouvé en d'autres occasions.

L'injection sous-cutanée d'éther détermine d'abord une douleur assez vive pour faire pousser des cris au malade. Cette douleur, dont la durée est très courte, peut être atténuée si on a soin de faire l'injection dans des points peu sensibles ; elle a d'ailleurs l'avantage de réveiller le malade de sa torpeur. Peu d'instants après, leseffets stimulants et réconfortants de l'injection commencent à se faire sentir, la respiration devient plus facile, le pouls prend plus de force et d'ampleur, la langue s'humecte et le visage se colore. Au bout de 2 ou 3 minutes, l'odeur de l'éther exhalée par la bouche du malade montre que le liquide volatil est arrivé dans les vaisseaux pulmonaires. Pour obtenir ces effets remarquables, une forte dose n'est pas nécessaire ; une seule seringue de Pravaz, c'est-à-dire environ 1 gramme, est ordinairement suffisante ; il est bon de répéter l'injection au mois deux fois par jour et, dans les cas très-graves, on peut sans inconvénient, aller jusqu'à quatre. L'auteur n'a jamais dépasser cette dose.

Les injections d'ether doivent être pratiquées avec une seringue de Pravaz ordinaire. On aura soin de faire pénétrer l'aiguille très obliquement de façon qu'elle n'atteigne pas les muscles. Après s'être assuré que l'aiguille est libre daus le tissu cellulaire sous-cutané, on poussera l'injection assez vite, et retirant la seringue d'un coup sec, on appliquera le doigt sur la piqûre afin d'éviter que l'éther très-fluide, comme on sait, ne vienne à s'échapper.

Les inconvénients des injections d'éther sont nuls quand elles sont convenablements pratiquées. Néanmoins, on en a signalés quelques-uns. Sans parler de l'emphysème dû à la vaporisation de l'éther, suivant M. Barth, et qui disparaît de lui-même au bout de quelques minutes, on a observé des eschares et des anesthésies ou des paralysies motrices localisées.

Les eschares peuvent se produire si l'injection est poussée dans l'épaisseur du derme ou dans un tissu cellulaire déjà induré. Aussi on l'évitera en poussant l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané et en évitant de répéter deux fois l'injection à la même place.

L'anesthésie localisée ou la paralysie motrice limitée à un ou deux muscles ne surviennent guère qu'à la suite d'une injection pratiquée à l'avant-bras. M. Reles en a signalé un exemple et M. Barth en a observé deux autres. Il suffit pour les

éviter de faire les injections dans les points où les nerfs sont rares, tels que la face externe des cuisses, le dos et les flancs.—*Lyon Médical.*

—

Traitement de l'aphonie des chanteurs et des orateurs.—Le *Paris Médical* conseille dans l'aphonie des chanteurs, de mettre dans la bouche un petit fragment de borax de 15 à 20 centigrammes et de laisser fondre. On a une abondante sécrétion de salive dans la bouche et l'arrière bouche. Les orateurs, les avocats, les prédicateurs, etc., prendront, la veille du jour où ils doivent beaucoup exercer la voix, un verre d'eau sucrée dans lequel ils auront fait dissoudre 15 grammes de nitrate de potasse, de manière à provoquer une transpiration abondante. On peut aussi employer dans les mêmes conditions le gargarisme suivant :

Décoction d'orge.....	200 grammes.
Alun.....	5 à 10 gr.
Miel rosat.....	20 gr.

Un autre moyen consiste dans l'emploi d'une *infusion de jaborandi*, 3 grammes pour une tasse d'eau bouillante à prendre le matin dans le lit pour obtenir une bonne transpiration. —*Le Praticien.*

—

Du traitement local de la toux. - Nous trouvons dans le *Chicago Medical Review* une étude succincte du Dr Louis Elsberg, professeur à l'Université de New York, sur le traitement local de certaines formes particulières de toux. "Nous " savons, dit M. Elsberg, que la toux est un acte réflexe ayant " pour but l'expulsion des matières étrangères hors des voies " aériennes. Elle peut être produite par une accumulation de " mucus, pus, etc., ou par une irritation quelconque des diffé- " rentes parties de ces mêmes voies. La cause la plus fré- " quente est l'irritation de la partie supérieure du larynx, " surtout à sa portion postérieure, c'est-à-dire du repli inter- " arytenoïdien et du bord libre de l'épiglotte. Si l'irritation " siège plus bas dans l'arbre aérien ou sur la paroi postérieure " du larynx et de la trachée, à la bifurcation des bronches ou " enfin sur la muqueuse bronchique elle même. elle peut " aussi produire la toux, tandis que l'irritation du parenchyme " pulmonaire lui-même ou de la plèvre ne saurait, ce semble, " amener un tel effet. Le fait est que la toux qui accompagne

" les maladies du poumon ou de la plèvre est ordinairement dûe
" à quelque complication concomitante du côté des bronches, de
" la trachée ou du larynx. D'un autre côté, la toux peut être
" produite par une cause siégeant au-dessus du larynx; ainsi
" nous constatons de la toux dans les cas de catarrhe du
" pharynx et de prolapsus de la luette. Dans le premier cas,
" la secrétion qui descend continuellement le long du pharynx
" vient irriter l'ouverture de la glotte; dans le second, le
" même effet est produit par l'extrémité inférieure de la luette
" en prolapsus. Quelquefois des causes éloignées, comme dans
" les cas de toux hystérique et nerveuse, toux *stomacale*, etc.,
" agissent par action réflexe, soit au moyen de quelque centre
" sensoriel particulier, soit par l'entremise des nerfs vasomo-
" teurs.

" Dans tous les cas, il ne saurait y avoir de doute que dans
" la grande majorité des cas de toux, soit primaire, soit secon-
" daire, il y a irritation de l'ouverture supérieure du larynx,
" soit à sa partie antérieure, soit à sa partie postérieure, et
" qu'un traitement local appliqué à l'endroit irrité soulage
" cette toux et quelquefois la guérit tout à fait.

" Si le médecin se donne, dans ces cas, le trouble d'examiner
" au laryngoscope le larynx de son malade, il sera à même de
" reconnaître les lésions de tissus, causes de la toux. En
" certains cas, ces lésions sont tout à fait en dehors du con-
" trôle de l'art; en d'autres, elles demanderont à être traitées
" par un spécialiste plutôt que par un praticien ordinaire.
" Mais en dehors de ces cas on rencontrera fréquemment des
" érosions, fissures ou ulcérations du repli inter-aryténoïde, ou
" encore une érosion de l'épiglotte, toutes conditions morbides
" que le premier médecin venu doit être en état de pouvoir
" traiter convenablement.

" Le miroir laryngéen étant tenu de la main gauche, et le
" malade pouvant lui-même tenir la langue en dehors, le mé-
" decin peut, de sa main droite, appliquer aux surfaces
" malades, au moyen d'une éponge montée, une solution
" saturée d'iodoforme dans l'éther sulfurique (1 partie pour 4)
" ayant soin d'exprimer l'éponge avant de l'introduire, de
" peur qu'il ne tombe quelques gouttes de la solution dans la
" cavité du larynx. Cette application d'iodoforme peut être
" renouvelée tous les jours ou tous les deux jours pendant une
" semaine ou plus. Quelquefois, d'autres médicaments peuvent
" être aussi appliqués avec succès, mais l'iodoforme réussit
" bien dans la généralité des cas."

—

Traitement de la pneumonie.—Le Dr Alix, de Toulouse, nous donne dans le *Bulletin de Thérapeutique*, son traitement de la pneumonie. Comme on pourra le voir, l'on est loin de la médication antiphlogistique violente de Couillard.

Le plus ordinairement on doit se borner à l'hygiène, à une surveillance attentive, abstention d'une intervention médicale qui peut gêner l'évolution de la pneumonie. Dans les cas plus graves et pneumonie double: usage de la digitale au début, modérément. Emploi de l'alcool pendant toute la durée, si c'est nécessaire; il n'y a nul danger à l'exagérer.

Enfin, quand l'évolution ne se fait pas et qu'il y a bronchite: extrait d'ipéca pour favoriser l'expectoration. Y joindre des excitants, boissons aromatiques chaudes, le thé, le vin, le café même, et, si besoin est, employer les moyens mécaniques pour l'expulsion des sécrétions.

Ne pas se préoccuper du délire, quand il n'y a pas complication cérébrale; le délire dépend des prédispositions du malade: un sujet qui rêve beaucoup en bonne santé, délire étant alité.

Rejeter l'emploi de l'opium, sauf le cas de pleurodynie intense; alors, faire des injections hypodermiques.

Repousser impitoyablement les vésicatoires qui immobilisent le thorax, favorisent les concrétions, les hépatisations mortelles. Un vésicatoire aggrave toujours la situation.

La défervescence obtenue, se hâter de nourrir le malade, de reconstituer tout ce que son économie a perdu.

—

Traitement local de la diphthérie par l'acide boracique en solution. — Ce traitement, selon M. Harris, a d'autant plus de cas d'application que la diphthérie commence le plus souvent sur des parties accessibles à l'emploie du traitement local, sur les amygdales et les piliers du voile du palais.

La solution dont l'auteur fait usage est ainsi formulée: acide boracique, 7 gr.; glycérine, 15 gr.; eau, 15. On en badigeonne la surface malade, d'abord toutes les heures, puis à intervalles de plus en plus longs, à mesure que diminuent la formation des fausses membranes et les symptômes de la maladie. Les dépôts fibrineux semblent, sous cette influence, se flétrir et tomber par pièces plutôt que se dissoudre.

Il importe de continuer ce traitement quelque temps encore après que la membrane muqueuse paraît débarrassée du produit morbide. Faute de ce soin, on peut presque avec certitude s'attendre à un retour de l'exsudation, ainsi que des symptômes généraux. C'est une règle posée par l'auteur de continuer les applications jusqu'au huitième jour.

Cette solution peut être avalée sans qu'il en résulte d'effets nuisibles : c'est ce qu'on a observé chez les enfants même âgés de moins de cinq ans. (*The Lancet* 25 février 1882.) *Lyon Médical.*

—

Traitement de l'épilepsie.—James David conseille de traiter l'épilepsie par l'emploi simultané de l'atropine et des bromures de potassium et d'ammonium.

Pendant six mois il fait donner, trois fois par jour, au malade une prise de :

Bromure de potassium	1 gr. 30
Bromure d'ammonium.....	0 gr 60

En même temps il fait prendre matin et soir un granule de 1 miligramme de sulfate d'atropine.

Au bout de ce temps il prescrit des pilules contenant :

Valérianate de zinc.....	4 centigr.
Extrait de belladone.....	6 milligr.
Acide arsénieux.....	2 milligr.
Extrait de gentiane	q. s.

Le malade prend 2 pilules par jour pendant deux mois ; puis on double la dose de valérianate de zinc, et l'on fait continuer ce traitement pendant deux mois encore. On revient ensuite au bromure pendant six à huit mois et on alterne avec les pilules pendant deux ou trois ans. (*Abeille médicale.*) *Lyon Médical.*

—

Traitement de la chorée par l'arsenic.—La *Revue de Thérapeutique Médico Chirurgicale* nous donne les traitements suivants de la chorée rhumatismale :

Acide arsénieux.....	1 gramme.
Eau distillée.....	1.000 —

Faire bouillir pendant un quart d'heure.

La dose varie suivant l'âge Pour un enfant de six à dix ans, on peut prescrire la potion suivante :

Julep gommeux	60 grammes.
Liqueur de Boudin de.....	5 à 6 —

(selon la force du sujet).

La potion doit être administrée par cuillerées à café, à intervalles rapprochés de manière à être complètement prise dans les vingt-quatre heures. Avec ce mode de procéder, la tolérance s'établit parfaitement.

D'autre part, nous savons que le Dr Sottmann, à sa clinique de Breslau, prescrit la solution suivante aux enfants atteints de la danse de Saint-Guy :

Liqueur de Fowler.....	4 à 6 gouttes
Eau	7 g. 80.

et il obtient une guérison complète dans un temps variant entre seize et vingt-et-un jours. Quelquefois il ajoute à sa prescription de cinquante centigrammes à un gramme de chloral. Les enfants anémiés et à prédisposition nerveuse héréditaire tolèrent assez bien la préparation.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Traitement subséquent de la lithotritie.—L'article suivant reproduit du *Lancet* par le *Medical and Surgical Reporter* de Philadelphie, résume les opinions de Sir Henry Thompson sur cette question d'actualité :

" Quand l'éther a complètement fini de produire son effet sur le patient, si la douleur est très forte, trois ou quatre heures après l'opération, ce qui n'arrive pas souvent, un bain de siège aussi chaud qu'il est possible de l'endurer, pendant un quart-d'heure, produit beaucoup de soulagement. Pendant les trois ou quatre premiers jours le malade devra rester en décubitus dorsal ; on maintiendra la chaleur de la peau, et on administrera fréquemment des bains de siège chauds et des doses faibles mais souvent répétées de solution de potasse pour neutraliser l'acidité de l'urine. Si l'urèthre est trop distendu ou contusionné, un cathéter de caoutchouc sera appliqué à demeure pendant vingt-quatre heures ou plus. Si la vessie avait déjà perdu le pouvoir de se vider, il vaudrait mieux appliquer un cathéter à demeure pendant un jour ou deux plutôt que d'avoir recours au cathétérisme répété. Il survient quelquefois vers le quatrième ou cinquième jour, même dans les cas favorables, un peu d'excitation ; la vessie devient irritable, l'urine trouble, et, vingt-quatre heures après, survient

une cystite sub-aigüe qui peut quelquefois durer une semaine ou deux. Pour éviter ces accidents il importe d'insister sur le repos pendant les premiers jours.

" L'auteur n'a eu que trois décès par cent avec la lithotritie rapide, tandis que dans quatre cents cas opérés par l'ancienne méthode, rapportés par la *Royal Medical and Chirurgical Society*, la mortalité a été de sept et demie par cent. L'âge des 101 hommes qu'il a opérés dépassait en moyenne 62½ ans. Il se croit justifiable de conclure que l'état morbide de la vessie survenant à la suite de la lithotritie pour des calculs d'acide urique et d'oxalate de chaux dans des organes précédemment sains, est beaucoup plus rare qu'autrefois. Pour éviter le danger, on doit éviter autant que possible l'emploi d'instruments qui pourraient distendre outre mesure et irriter l'urèthre et le col de la vessie. On doit avoir pour principe d'employer des instruments d'un calibre proportionné au volume de la pierre à broyer. On ne saurait trop prémunir l'opérateur inexpérimenté contre le danger inutile auquel il expose son malade en employant de gros et puissants instruments, comme on en a récemment introduit dans le pays, pour broyer des calculs de petit ou moyen volume (et ce sont de beaucoup les plus fréquents). Il n'est pas du tout nécessaire, il n'est même pas permis d'introduire dans la vessie un brise-pierre ou un évacuateur numéro 18 ou 20 de la mesure anglaise pour en enlever deux ou trois cents grains de débris de calculs ; or, beaucoup de pierres pèsent moins de cent grains et on devrait toujours pouvoir constater leur existence avant qu'elles aient atteint ce poids. Je suis convaincu que la rupture (car ce n'est pas une dilatation) de l'urèthre et du col de la vessie que produit quelquefois l'introduction de semblables instruments peut produire des symptômes extrêmement douloureux, de longue durée et quelquefois fatals.

" Il est assurément plus prudent de consacrer deux ou trois minutes de plus à l'opération et de prendre le temps nécessaire pour broyer les fragments assez tenus pour être enlevés avec un évacuateur numéro 15 ou 16, plutôt que de faire un broiement incomplet et d'employer une sonde évacuatrice qui produit inévitablement des lésions graves dans un certain nombre de cas.

" En résumé : La lithotritie rapide, entre des mains habiles, est la méthode la moins dangereuse pour le patient.

" Elle paraît aussi produire moins d'irritation persistante subséquente de la vessie que la méthode des séances répétées.

" Cette opération n'exige aucun instrument nouveau. La valeur du procédé rapide consiste dans l'enlèvement immédiat

et complet de tout corps étranger de la vessie, de façon à ce qu'il ne reste rien pour enflammer un organe déjà irrité par l'opération. Moins l'opération aura causé d'irritation et plus la guérison sera certaine et prompte.

" Dans les cas de calculs durs, le chirurgien novice ne devra employer le procédé rapide que si ces calculs sont de grosseur moyenne. Si le calcul est gros et dur, un jeune chirurgien réussira probablement mieux par la lithotomie. Pour les calculs phosphatiques friables, la grosseur est une objection moins grave.

" La lithotritie rapide pour un calcul dur, pesant plus d'une once et *à fortiori* plus de deux, ne doit certainement être tentée que par un chirurgien d'expérience."

—

Empoisonnement chronique des chirurgiens par l'acide carbolique. — Nous trouvons dans le *New York Medical Record* quelques remarques intéressantes du Professeur Czerny d'Heidelberg, à ce sujet :

La quantité d'acide carbolique introduite dans l'organisme par le chirurgien pendant une seule opération peut être très considérable, comme il le démontre. Falkson dit que pendant les vingt-quatre heures qui suivirent une opération de deux heures et demie de durée, pendant laquelle on fit usage d'une solution carbolique au cinquantième, il excréta par ses urines 2.0655 grammes d'acide carbolique. Or la dose la plus forte d'acide carbolique est de deux à trois minimes, c'est-à-dire quatorze fois moins que la quantité ainsi rejetée par les reins seuls et l'on sait que la peau et les poumons en secrètent aussi leur part.

Le professeur Czerny dit que l'histoire des souffrances du chirurgien par l'empoisonnement chronique par l'acide carbolique est encore à écrire. Voici la symptomatologie qu'il en ébauche : Le marasme carbolique, comme il l'appelle, débute par une légère céphalalgie, une irritation des bronches, de la langueur et la diminution de l'appétit. Quand l'empoisonnement est de vieille date, ou intense, la toux devient continuelle, le malade se plaint de douleurs gravatives à la région lombaire, les membres inférieurs semblent lourds, la circulation abdominale est ralentie, il y a des nausées, surtout le matin ; prurit cutané et plus tard insomnie qui peut être dûe surtout au fourmillement et autres sensations désagréables des mains. Le sang s'appauvrit et la face prend une apparence anémique. Les symptômes ressemblent, dit Czerny, à ceux qu'on assigne

à la neurasthénie Mais c'est une neurasthénie qui disparaît après une marche forcée au grand air, et une absence de quelques jours de la clinique.

On conçoit que les symptômes varient avec l'idiosyncrasie du sujet et il serait à désirer qu'on possédât plus d'observations sur cette forme d'empoisonnement.

Czerny n'a jamais vu l'absorption constante d'acide carbolique produire aucun changement anatomique. Il conclut cependant, que le chirurgien ne saurait, sans danger, employer constamment le phénol surtout par la méthode de Lister.

Si on le compare à l'iodoforme, on peut dire que celui-ci est plus inoffensif pour le chirurgien et le phénol plus inoffensif pour le patient. Cependant, ni l'un ni l'autre de ces deux agents ne présente de dangers, si on en fait un usage judicieux.

—

De l'érysipèle, par M. Verneuil —Plus une maladie est commune et rebelle à tous les moyens de traitement, grave et souvent même mortelle, douteuse dans ses origines, incertaine dans sa pathogénie, plus il faut s'en occuper, et, à ce titre, l'érysipèle mérite toute l'attention des chirurgiens. Il faut reconnaître que cette maladie a considérablement diminué dans les hôpitaux. Autrefois il y avait toujours des érysipèles dans les salles de chirurgie; on ne voit plus à Paris ces grandes épidémies ni ces endémies constantes d'érysipèle qui souvent arrêtaient la main du chirurgien. La méthode antiseptique nous a rendu des services au point de vue de l'érysipèle, mais elle a porté un coup bien plus rude à la septicémie. Aujourd'hui encore, en effet, on meurt d'érysipèle.

Nous commençons à savoir ce que nous avons à craindre quand nous opérons un diabétique, un alcoolique, etc. Qu'avons-nous à craindre, quand nous opérons un malade qui a déjà eu un ou plusieurs érysipèles ? Ces érysipèles antérieurs influent-ils sur le pronostic opératoire ? C'est ce qu'il importe d'étudier. J'ai par devers moi trois observations pour servir à cette étude.

Etant tout jeune chirurgien, je fus appelé auprès d'un négociant atteint de l'alcoolisme des classes aisées, qui avait un érysipèle spontané de la face dont il guérit bien, mais qui laissa un engorgement ganglionnaire qui, au lieu de se dissiper, persista; deux ou trois mois après survint un abcès dans la gaine du sterno-cléido-mastoidien; je l'ouvris; deux jours après se développa un érysipèle qui envahit toute la face, se compliqua de delirium tremens et entraîna très rapidement la mort.

En 1866, je fus appelé par M. Brown Séquard auprès d'un créole, en France depuis longtemps, et qui était atteint d'une ostéite des os du pied. J'appris que deux ans auparavant il avait eu un érysipèle spontané de la face. Comme il avait des douleurs très vives dans le pied, je fis faire des injections sous-cutanées de morphine; au niveau d'une des piqûres se développa un érysipèle qui envahit toute la jambe; des abcès vinrent à se former; l'un des trajets fistuleux fit un érysipèle qui devint ambulant et envahit successivement toutes les parties du corps. Quelque temps après, de nouveaux accidents inflammatoires très intenses se déclarèrent; l'amputation tibio-tarsienne fut nécessaire.

L'amputation s'accompagna d'un écoulement sanguin considérable; le troisième jour se déclara un érysipèle; puis survint une hémorrhagie secondaire, qui nécessita la ligature de la tibiale postérieure; le malade mourut le lendemain soir.

Je fus consulté par un homme de cinquante et un ans, d'une belle santé, d'une stature herculéenne, très gras, qui avait été opéré par M. Cusco d'un épithélioma de la lèvre. Il y avait un ganglion sous-maxillaire. A Vichy, cet homme avait eu une poussée d'eczéma à la cuisse. En septembre il eut, sans cause connue, un érysipèle de la face qui guérit en neuf jours. Je l'opérai de son ganglion à la fin de septembre, chez lui, à la campagne, dans d'excellentes conditions hygiéniques, un dimanche, sans avoir été préalablement à l'hôpital, muni d'instruments neufs, assisté de deux confrères qui n'avaient pas, à ce moment, d'érysipèles dans leur clientèle. J'appliquai la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Quatre jours après, ce malade eut froid; il y eut une lymphangite au bras droit, puis un érysipèle phlegmoneux au bras droit et à la jambe gauche, qui nécessita plusieurs incisions. Le quatrième jour, il eut un violent mal de gorge; les joues se prirent; il eut un érysipèle de la face d'origine pharyngée, auquel il succomba vingt-trois jours après l'opération.

Existe il un état pathologique particulier déterminé par des érysipèles à répétitions? On sait que dans certaines régions, au Brésil, par exemple, il y a très fréquemment des attaques de lymphangite. Je connais une femme qui en est à son soixante-dix-neuvième érysipèle de la face. Quelle sont donc les chances que court le chirurgien qui opère un malade ayant eu un ou plusieurs érysipèles? Les récidives d'érysipèles dans la même région, pourraient, à la rigueur, s'expliquer par les conditions anatomiques de cette région déjà plusieurs fois atteinte. Mais comment expliquer la récidive des érysipèles à distance?—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Mort dans l'érysipèle. — Conclusions de la thèse inaugurale du Dr Valleteau :

1° Lorsque l'érysipèle se termine fatalement, la mort peut être le fait de plusieurs complications dont l'une des plus rares est la formation de coagulations sanguines (thromboses et embolies).

2° Les complications cardiaques (endocardite, péricardite, myocardite) sont un peu plus fréquentes que les précédentes, et entraînent également la mort, mais d'une façon moins certaine.

3° La propagation de l'érysipèle au larynx et aux bronches peut causer la mort, soit par l'œdème de la glotte, soit par la violence de l'inflammation broncho-pulmonaire.

4° Il existe des exemples d'absorption de pus, formés dans les points où siége l'érysipèle, par les troncs lymphatiques. Dans ces cas, on peut observer parfois les symtômes de l'infection purulente.

5° On a admis que la douleur causée par les ulcérations intestinales, survenant daus le cours de l'érysipèle, pouvait déterminer une syncope mortelle; il est toutefois possible que ces ulcérations, vraisemblablement produite par des infarctus, se terminent par perforation de l'intestin et péritonite mortelle.

6° Les rapports de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale, s'ils ne sont pas définitivement établis, semblent bien près de l'être, si l'on s'en rapporte aux faits publiés, assez nombreux pour qu'on ne conclue pas purement et simplement à une coincidence fortuite.

7° Quelle que soit la complication qui domine dans la léthalité de l'érysipèle, ce qui est évident, dans la grande majorité des cas, c'est le caractère infectieux de la maladie.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

HYGIENE.

De l'obésité.—Nous trouvons dans la *Revue scientifique* du 21 Janvier 1882, une analyse du traitement hygiènique de l'obésité par M. de Saint-Germain.—Le grand danger de l'obésité, dit M. de Saint-Germain, réside dans les lésions du cœur. L'influence du sexe ne paraît pas bien établie : tandis que les uns déclarent que les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes, d'autres veulent que l'homme soit la victime de prédi-

lection de cette... malformation, puisque malformation il y a. Pour M. de Saint-Germain, c'est la femme qui est le plus souvent atteinte; pour peu qu'elle soit adonnée à l'alcoolisme, à la prostitution et à l'inaction dit-il, elle verra apparaître un embonpoint merveilleux. Il y a des obèses de tout âge, à deux ans même. M. Hillairet a présenté, il y a peu de temps, à l'Academie de médecine un petit monstre féminin, âgé de six ans, dont on pouvait dire, comme cet Allemand qui vantait les charmes plastiques de sa fiancée, que " la graisse lui coulait dans le dos ".

Comme cause de l'obésité, l'auteur relève l'excès de nourriture et de boissons alcooliques, le sommeil trop prolongé, quelquofois le mariage. Cependant le veuvage, qui engraisse les hommes, fait maigrir les femmes. Les traitements par le mercure, la castration, agissent en général en provoquant une tendance à l'obésité.

Au point de vue du traitement, M. de Saint-Germain se borne à raconter celui qu'il infligea à un de ses meilleurs amis—peut-être même le meilleur—médecin des hôpitaux, etc., déguisé sous un voile si transparent qu'on n'a pas de peine à l'apercevoir.

Ayant atteint le poids respectable de 230 livres, le malade en question eut le désir de réprimer cet envahissement de la chair. Il commença par le traitement classique: eaux de Vichy et de Marienbad, pain de gluten, exercice, etc. En six semaines, il perdit 29 livres, mais avec elles toute sa force. Il y renonça, laissa revenir le poids perdu et récupéra sa santé primitive. Pendant huit ans, peu de changements: des fluctuations légères dans son poids, voilà tout. Au bout de ce temps, le démon de l'équitation s'empara du malade: cela dura jusqu'au jour où il fut averti que les reins du cheval ne tiendraient plus longtemps encore. Là-dessus, grand émoi du patient, qui s'imposa de suite un traitement rigoureux. Il se levait dès cinq heures du matin, montait à cheval pendant une heure ou deux, au grand trot (pauvre cheval!) puis faisait à pied trois kilomètres au pas gymnastique, en vingt minutes. Au bout de deux mois, il changea le programme en intervertissant l'ordre des divertissements; au lieu de commencer par l'équitation, il finissait par là. Dès qu'il le put, il joignit à ses exercices du matin une demi-heure d'escrime.

Pour le régime, il fut dur. Pas de repas le matin, après ces exercices fatigants: un cigare pour tromper l'estomac. Pour déjeuner, deux œufs à la coque, une côtelette avec salade et fruit, du café sans sucre ni eau-de-vie; *ni pain ni vin.* De l'eau ou du thé non sucré comme boisson. Pour dîner, pas de

potage, un plat de viande, un plat de légumes verts, du fruit: ni pain ni vin. Ne pas dîner en ville. Éviter les réjouissances de famille. Résultat: le poids descendit vers 85 kilogrammes, et chose intéressante, l'appétit sexuel, quelque peu atténué, se réveilla avec vigueur. Avis aux intéressés! (*Union médicale de Paris*, nos 165, 166, 168 de 1881, analyse dans la *Revue scientifiques* du 21 janvier 1882.)—*Lyon Médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Tumeur du col utérin—M. Depaul met sous les yeux de ses collègues une tumeur très volumineuse qu'il a enlevée sur une femme arrivée à peu près au terme de sa grossesse, tumeur qui eût rendu l'accouchement impossible et eût amené la mort de la mère et de l'enfant.

Le sujet de cette observation est une femme de 32 ans, ayant eu déjà trois accouchements ordinaires dont le dernier remonte à 1878. Depuis cette époque sa santé générale et locale n'avait présenté rien de particulier.

Entrée à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, dans la soirée du mercredi 11 janvier dernier, elle raconte que sa grossesse, actuelle date du mois d'avril, et cependant la hauteur à laquelle est arrivé le fond de l'utérus indique une gestation à terme.

Pendant les premiers mois de la grossesse elle a eu des vomissements qui se sont arrêtés après le troisième mois; elle a eu, en outre, l'écoulement blanc jaunâtre habituel aux femmes enceintes, qui s'était depuis sept à huit jours teinté un peu en rouge.

Cette femme, dans les derniers jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, avait senti quelque chose qui lui sortait entre les lèvres de la vulve, et qu'une sage-femme et même un médecin, d'après elle, avaient attribué à la sortie d'une portion de placenta décollé.

M. Depaul, en examinant la malade, constata la présence, hors de la vulve, d'une tumeur rouge violacé, ayant le volume de l'extrémité de la main, de consistance assez ferme, quoique souple et élastique, exhalant une odeur horriblement fétide, due au contact de l'air et à la malpropreté, car il n'existait pas trace de gangrène. Au toucher, rendu très difficile par la présence de la tumeur dans le vagin, M. Depaul trouva une masse considérable remplissant toute la cavité pelvienne, et ne

permettant pas au doigt d'arriver jusqu'à l'orifice du col utérin.

Il se borna à prescrire un grand bain et renvoya le reste de l'examen au jour suivant.

Le soir même, à huit heures et demie, M. Depaul trouva la malade en travail. La partie saillante de la tumeur avait considérablement augmenté de volume, et était devenue grosse comme les deux poings; elle était accolée à la vulve et ne permettait même pas l'introction des doigts dans le vagin. Les eaux s'étaient écoulées; l'enfant souffrait, ce qui était indiqué par le ralentissement des battements du cœur.

Il fallait agir immédiatement, M. Depaul attira peu à peu la tumeur avec la main et vit sortir du vagin une masse énorme. Par un examen attentif, il acquit la certitude qu'elle avait son point d'implantation sur la partie gauche de la lèvre antérieure du col; en l'attirant au dehors, il avait entraîné avec elle une partie de cette lèvre antérieure, et l'on voyait manifestement que là était l'origine de la masse fibreuse à laquelle on avait affaire.

M. Depaul pratiqua avec le bistouri la section du pédicule de la tumeur, large de 5 à 6 centimètres, il n'y eut pas d'hémorragie, ce qui est l'ordinaire lorsqu'il s'agit de corps fibreux utérins.

Cette tumeur est remarquable par son volume, car elle ne pèse pas moins de 1,700 grammes; c'est la plus volumineuse qui ait été observée jusqu'à ce jour.

Après l'extraction de la tumeur, l'enfant qui se présentait par le siège, fut extrait à son tour à l'aide du crochet mousse appliqué sur le pli de l'aine; il était encore vivant; il se mit bientôt à respirer et à crier; il est aujourd'hui parfaitement bien portant et est allaité par sa mère, qui va également aussi bien que possible.

La tumeur, examinée par M. Doleris, chef du laboratoire histologique de l'hôpital des Cliniques, a été trouvée constituée par les éléments du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse; il existe, par places, des cavités contenant des collections sanguines.

M. Depaul termine son intéressante communication par la relation de fait analogues dont l'un a été communiqué par Danyau, en 1851, à l'Académie, et dont l'autre est consigné dans le traité d'accouchements de Cazeaux.

Dans le cas de Danyau, la tumeur pesait 640 grammes; la femme survécut, mais l'enfant avait succombé avant l'extraction.

Quant au fait de Cazeaux, il est remarquabée par l'erreur de diagnostic auquel il entraîna des praticiens aussi habiles que

Paul Dubois Danyau et Cazeaux, qui tous, prenant cette tumeur pour un kyste, à cause de la fausse sensation de fluctuation qu'elle donnait à la palpation, enfoncèrent jusqu'à six ou sept fois le trocart dans la tumeur, sans résultat. L'enfant fut retiré vivant, mais la femme succomba peu après l'extraction.

M. Blot dit que le fait si intéressant de M. Depaul lui rappelle un cas analogue qu'il a eu l'occasion d'observer, il y a vingt-cinq ans, sur une femme qui habitait place des Vosges et auprès de laquelle il avait été appelé par le médecin qui croyait à la présence d'une portion du placenta à la vulve. C'était une tumeur ayant le volume du poing, implantée également sur la lèvre antérieure du col, qui avait été, comme dans le cas de M. Depaul, confondue avec le placenta. C'est pour montrer la possibilité de cette confusion que M. Blot a rappelé ce fait.—*Le Médecin Praticien.*

—

Menstruation et phthisie pulmonaire. — Voici les conclusions thérapeutiques que M. G. Daremberg tire d'une étude appronfondie de ce sujet :

Chez les femmes phthisiques, il faudra toujours surveiller les poumons aux environs de l'époque menstruelle. A la moindre alerte de ce côté, il faudra calmer l'excitation nerveuse et vasculaire par l'emploi modéré de la digitale, du bromure de potassium ou du sulfate de quinine, selon les indications spéciales, recommander le repos absolu, et agir sur les lésions pulmonaires par des révulsifs énergiques (visicatoires, cautérisation ponctuée, huile de croton, cautères volants). Et cela pendant plusieurs époques consécutives.

Quand, chez les femmes phthisiques, à la période menstruelle ou à la période critique de la ménopause, l'écoulement sanguin cesse, pendant que le molimen ovarien continue son cours, il faut prescrire le traitement précédent et essayer de faire revenir les règles d'abord par les moyens externes : révulsions des membres inférieurs (sinapisation, frictions sèches, affusions tièdes, sangsues aux cuisses) ; puis, si on ne réussit pas, par l'emploi très prudent des purgatifs et des emménagogues internes (stimulants généraux : alcool, acétate d'ammoniaque ; — excitants locaux : rue, sabine, aloès, uva ursi ; apiol, ergot de seigle, borax ;—toniques : strychnine, quinquina) ; même si on ne réussit pas à rappeler les règles, on obtient l'effet dérivatif que l'on cherchait.

Lorsque l'écoulement menstruel persiste, quand l'ovulation a disparu, il faut, avec la plus grande prudence, chercher à

diminuer ce flux, ordinairement assez intense. Un arrêt brusque pourrait être dangereux. Il en est de même pour la leucorrhée.

Après l'accouchement, il importera de modérer l'apport sanguin chez les femmes phthisiques.

Lorsque la fonction menstruelle, utérine et ovarienne, sera entièrement disparue, il faudra bien se garder de chercher à rappeler les règles qui, dans ce cas, deviendraient une cause inutile d'anémie.

Quand, après une longue cessation des règles, celles ci apparaissent, sans que l'état général et l'état local indiquent une grande amélioration, il faut bien se garder d'un pronostic favorable. Ce retour fallacieux est souvent l'indice d'une altération nutritive des vaisseaux et d'une gêne circulatoire très avancée, et le précurseur d'accidents graves.—*Revue de Thér. Méd. Chir.*

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Traitement de l'angine diphthéritique. — M. le Dr Lolli (de Trieste) préconise le traitement suivant de l'angine diphthéritique, qui paraît avoir donné d'excellents résultats entre ses mains. 1° Il rejette la cautérisation, les émissions sanguines, les purgatifs, les vomitifs, sauf dans quelques cas rares. 2° Son but est d'exciter et de favoriser les fonctions de la peau : à cet effet, il applique des compresses tièdes, des sinapismes, prescrit le repos au lit pendant tout le cours de la maladie. 3° A l'intérieur, il fait exclusivement usage du liquide suivant:

Eau de chaux.....	450 gr.
Sesquichlorure de fer.....	de 1 à 3 —
Acide phénique.....	de 1 à 3 —
Miel rosat.....	30 —

Toutes les demi-heures, badigeonner ou se gargariser avec cette solution. — A l'intérieur, il fait prendre la même solution mêlée avec trois fois son volume d'eau ou de thé, par cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures, en alternant avec les badigeonnages ci-dessus indiqués. Il prescrit, en outre, des toniques, une nourriture fortifiante.

Quant au résultat de ce traitement, sur 60 cas observés : la

mortalité est inférieure à 2 %. La durée de la maladie est de huit à dix jours ; la propagation à la muqueuse des voies respiratoires étant très rare ou tout au moins fort légère.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Anémie. (Hôpital Bellevue, N.Y.)—

℞ Quin Sulph..... gr. xlviii
Strychniæ Sulph.....
Acid arsenios..... ..... àà grss.
Acid phosphoric dilut..... ℥ss
Syrup ferri superphosphat. ..... ad ℥vi

M.—Dose une cuillerée à thé, trois fois par jour, après les repas.

—

Bronchite chronique. (Hôpital Bellevue, N.Y.)—

℞ Pot iodid..... ʒi
Acid nitric dilut ..... ʒiii
Tr. Bellad (E. U)..... ..... ʒi
Aquæ Camphor ad..... ..... ℥iii

M.—Deux cuillerées à thé dans un peu d'eau, trois ou quatre fois par jour.

—

Dyspepsie des jeunes filles nerveuses.—

℞ Tr. Calumbæ ..... ʒv
Tr. Belladon ....
Tr. Aconit rad.....
Tr. Opii Comp..... àà ʒii ss

M.—Cinq à dix gouttes dans un peu d'eau, avant chaque repas

—

Dysménorrhée. (R. Bartholow).—

℞ Extr. ergotæ fluid..... ʒvii
Tr. gelsemii con..... ʒi
Tinct aconit rad .... gtt. xvi

M.—Une cuillerée à thé toutes les 2, 3 ou 4 heures.

———

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, MAI 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

Fiat lux!

Les journaux quotidiens de notre bonne ville ont été tout dernièrement saisis d'un fait assez particulier et de nature à intéresser la profession médicale de la province touto entière. Qu'on en juge plutôt.

Le 31 mars, la *Patrie*, la *Minerve*, etc., publiaient la note suivante :

"NOUVEAUX MÉDECINS.—Les messieurs suivants ont été admis à la pratique de la médecine, après avoir subi les examens ordinaires à l'Université Bishop :

P. Lamothe, Jos. Cathudal, Rémi Lafond, Louis Geoffroy, Emile de Lorimier, Onézime Saint-Jacques, William Hart, Nazaire Turcotte et Paul Hurtubise."

Quelques jours après, ces mêmes journaux publiaient une lettre du Dr F. W. Campbell, Régistrateur de la Faculté de Médecine de l'Université du Collége Bishop, dans laquelle ce monsieur affirmait de la manière la plus positive qu'aucune des personnes ci-haut nommées n'avait été admise à la pratique de la médecine ni même aux examens au Collége Bishop. On ne pouvait être plus catégorique.

En réponse à la communication du Dr Campbell, M. Emile de Lorimier et ses confrères émanèrent une déclaration officielle par laquelle ils reconnaissaient avoir été admis à la pratique de la médecine, non devant le bureau des examinateurs du Collége Bishop, mais devant un *bureau privé ;* qu'ils étaient porteurs de certificats qu'ils entendaient garder jusqu'à l'expiration de leur cléricature, c'est-à-dire au terme de quatre années, tel que pourvu par la loi concernant les médecins, et que là et alors, ils sauraient se protéger contre les fausses accusations qui planaient sur leurs têtes.

Ils terminaient ainsi :

"Nous ajoutons de plus que nous n'avons pas l'intention de pratiquer dans cette province avant d'avoir obtenu nos *Diplômes* et *Licences*, et qu'au besoin nous sommés prêts à subir un nouvel examen quelque rigoureux qu'il puisse être.

Bien que M. de Lorimier avouât n'avoir pas été admis à la pratique de la médecine devant les examinateurs du Collège Bishop, ses explications au sujet du *bureau privé* semblaient passablement compromettantes pour le collège susdit. Evidemment il insinuait que ce bureau privé était composé de professeurs de l'Université Bishop. C'est ainsi que le comprit M. le Dr Campbell qui répondit à M. de Lorimier dans les termes suivants :

"Je répète que M. de Lorimier et ses confrères n'ont jamais passé aucun examen médical devant nous, c'est-à dire devant le Collége Bishop.

"Dans sa lettre, il admet qu'il n'a pas passé d'examen devant le Bureau des Examinateurs au Collége Bishop, mais il insinue que nous lui avons fait passer, ainsi qu'à ses confrères, un examen privé. Ceci est faux. Le Collège Bishop ne lui a jamais fait subir, ni à lui ni à ses amis, et n'a *jamais* accordé à qui que ce soit un examen privé. Nous n'avons *qu'un* examen pour tous, que les candidats se proposent de pratiquer dans cette province ou de courir le monde, en quête d'un endroit où se fixer."

La situation se corsait, comme on dit en style d'argot.

Le lendemain de la publication de cette dernière lettre, M. de Lorimier revenait à la charge dans la *Minerve*, et nous donnait le mot de l'énigme :

"Je déclare ici, disait-il, au nom de mes confrères et de moi-même que nous avons l'intention de subir un nouvel examen, non pas devant la faculté du Collège Bishop, mais devant une institution qui saura respecter ses élèves."

Pourquoi ce *nouvel* examen ? Il y en avait donc déjà eu un de subi ?

Cette lettre de M. de Lorimier était suivi d'un P.S. que nous reproduisons en entier :

"Voici quelques renseignements concernant le *bureau privé* dont il a été si fortement question depuis quelques jours. Il existe une loi dans une certaine partie des Etats-Unis qui dit que tout candidat qui a l'intention de pratiquer la médecine hors de la province de Quebec peut subir ses examens devant un ou plusieurs médecins, et s'il est trouvé capable ces médecins lui délivrent un certificat par lequel ils attestent le fait. Ce certificat a pour but de permettre à l'élève de subir un

nouvel examen aux Etats-Unis sans suivre les cours de ces institutions, et si le candidat est trouvé duement qualifié on lui donne le privilége de pratiquer la médecine aux Etats-Unis."

M. de Lorimier avait donc subi un examen de ce genre de un ou plusieurs médecins; il y a donc eu un ou des *bureaux privés*. Si oui, quelle a été la composition de ces bureaux? Les professeurs de quelques unes de nos écoles en auraient-ils, par hazard, fait partie et signé des certificats attestant la compétence des élèves ainsi examinés? Une rumeur qui a cours dans le public, mais que nous ne pouvons donner que pour ce qu'elle vaut, tendrait à faire croire que tel est le cas. On *nomme* même la faculté de médecine où l'on se serait rendu coupable de l'abus que nous signalons.

Et ce n'est pas tout. Un des jeunes messieurs dont nous avons donné les noms plus haut dit formellement à qui veut l'entendre que le *bureau privé* devant lequel il a subi son examen était composé de *huit* médecins, appartenant à une faculté de médecine bien connue, et qu'une somme assez ronde a été payée à ce bureau par chacun des élèves examinés.

Enfin on exhibe un certificat, aux armes de la faculté susdite, certificat, au bas duquel s'étale la signature vraie ou fausse, du Secrétaire de la faculté. Il parait que l'on aurait formellement promis à Messieurs de Lorimier et autres de leur donner, au terme fixé par la loi concernant l'étude de la médecine, un diplôme régulier en échange du certificat si chèrement acheté. Qu'on nous dise donc une bonne fois ce que nous devons croire de tout cela. Le bureau des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens pourrait bien y voir, ce nous semble, et tirer les choses au clair. Il ne serait que temps, car en définitive, cette affaire nous paraît être de nature assez étrange et mérite qu'on s'y arrête.

Examens de Licence.

Si l'on se reporte à dix ans en arrière et si on observe les changements survenus depuis cette époque dans la profession médicale de la Province, il est facile de constater que toutes choses égales d'ailleurs, nous ne sommes pas restés en arrière des autres professions et que nos luttes n'ont pas été stériles. Non pas que nos prédécesseurs soient restés inactifs, il reste

encore plus d'un monument de leur travail et nous admettons qu'on puisse encore s'ériger en " Laudator temporis acti," mais par la force des choses et des années l'organisation médicale a du être remaniée.

Les médecins n'ont pas toujours été proportionnellement aussi nombreux qu'ils le sont aujourd'hui ; il y a à peine dix ans le même médecin *desservait* quatre ou cinq paroisses tandis qu'aujourd'hui il serait difficile de trouver dans la Province un village de deux cents familles qui n'ait pas son médecin. Nous sommes au complet, les cadres sont remplis et même la profession déborde sur la législature, les bureaux publics le commerce, l'industrie etc., et si, il y a dix ans, il fallait avant tout songer au nombre, aujourd'hui, il faut songer à la qualité dans le double but de restreindre le nombre des aspirants tout en améliorant la qualité des médecins.

Nous avons actuellement cinq facultés pour alimenter une population d'un million d'habitants et chacune de ces facultés pour défrayer ses dépenses doit avoir chaque année un certain nombre d'élèves. En outre, chacune de ces facultés à le droit de donner le dégré de docteur en médecine à ses élèves et le Collège des médecins est obligé de donner la licence de pratiquer à ces porteurs de diplômes pourvu qu'ils présentent un certificat de quatre années d'étude, voilà l'écueil !

Aux Etats-Unis le pays de l'or et de la mécanique, les écoles de médecine sont devenues tellement nombreuses que, pour subsister, un grand nombre d'entre elles s'ingénient à offrir aux élèves des conditions de nature à inonder le pays de charlatans. Avec deux ans, dix huit mois, six mois d'études et et quelques cents piastres on devient docteur en médecine et même il y a deux ou trois ans le professeur Buchanan n'en exigeait pas tant ; il vendait des diplômes à raison de vingt cinq piastres sans autre formalité. Grâce à Dieu nous n'en sommes pas là. Mais peut-être est il temps de songer à ne pas y arriver. Et le moyen en est unique et énergique il est vrai, mais efficace : établir un bureau central, unique, d'examinateurs pour l'admission à la pratique de la médecine, toutes les facultés de médecine n'y trouveraient pas leur profit mais la profession et le public y trouveraient assurément le leur, et c'est là, si non le seul, au moins le meilleur moyen d'élever le niveau de la profession ; nous ne doutons que la chose en principe ne rencontre l'approbation générale, mais c'est dans l'application que surgissent les difficultés. On dit : les écoles ne se dessaisiront jamais de leur droit d'occorder des diplômes. Mais il ne serait pas nécessaire de leur demander ce sacrifice, on n'en aurait pas le droit, pas plus que les écoles ne peuvent empêcher

le bureau d'accorder sa licence à bon escient. Le Bureau des Gouverneurs tel qu'il est constitué offre toutes les garanties nécessaires sous ce rapport. Chacune des facultés y compte deux représentants et la profession, trente de ses membres, choisis par elle-même. Peut-on refuser d'admettre la compétence comme examinateurs d'un semblable corps. Si l'on se rappelle que le barreau est organisé de cette manière, que le bureau des notaires à seul le droit d'admettre à la pratique, que le collège des médecins et chirurgiens d'Ontario se réserve ce privilège, que les examens pour l'admission à l'étude de la médecine dans la province de Québec, sont indépendants des écoles et sous le contrôle d'hommes désintéressés, on comprend difficilement que notre collège des médecins consente ainsi a donner sa licence en aveugle sans oser se renseigner sur la compétence du candidat qu'elle investit du droit de vie et de mort sur ses concitoyens.

Une faculté de médecine doit être autre chose qu'une institution financière destinée à fabriquer des médecins à tant par tête et par an. Qu'on nous donne un bureau central d'examinateurs et les écoles dans leur intérêt scientifique et pécuniaire n'auront et ne pourront plus avoir d'autre ambition que de ne former que des médecins compétents. Quoiqu'on en dise, dans l'état actuel des choses, la tentation est trop forte et il en coûte trop cher d'être parfaitement désintéressé. Nous avons bien les assesseurs, mais on en conviendra, c'est un pis aller. Il n'y a pas à se le dissimuler cette compétition pécuniaire et numérique des écoles sera toujours tant qu'on ne l'aura pas supprimée, l'éteignoir de la profession médicale et le plus grand obstacle au progrès scientifique des facultés de médecine.

Petite Correspondance.

Au Dr B.. Ste L..—Vous trouverez les renseignements demandés dans le vol. VII de l'*Union Médicale*, pages 518 et suivantes.

Au Dr M... C...—Votre raisonnement est juste et votre thérapeutique rationnelle. Vous êtes précisément d'accord avec Ringer et Bartholow qui préconisent hautement la même méthode de traitement dans des cas analogues à celui que vous nous soumettez.

Dr F,..—Quelle est la formule de la pommade d'Helmerich qui est employée dans le traitement de la gale en une heure etdemie ?

Rép.—La pommade d'Helmerich est composée de soufre et de bicarbonate de soude. Voici la modification qu'en a faite le professeur Hardy à l'hôpital St. Louis :

Saindoux	100	parties.
Soufre	16	—
Bicarbonate de potasse	8	—

Dr L...—Quelle est la méthode de Greene, dans le traitement de la migraine ?

Rép.—Elle consiste à administrer le Haschisch à doses continuées, de manière à tenir le système nerveux légèrenent sous l'influence du médicament pendant longtemps.

Il fait prendre 2 centigrammes d'extrait alcoolique avant chaque repas, et augmente la dose à 3 centigrammes au bout de quelques semaines, voilà pour les femmes. Aux hommes il prescrit, pour commencer, 3 et 4 centigrammes et continue pendant trois mois régulièrement, ce traitement ne présente aucun effet physiologique.

Bibliographie.

DE LA LITHOTRITIE RAPIDE, PAR LE DR RELIQUET.

Lauréat de l'Institut, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Dans ce travail, le Dr Reliquet démontre qu'il est presque toujours possible de broyer, en une seule courte séance de moins de cinq minutes, les pierres les plus fréquentes, celles de deux centimètres à deux centimètres et demi de diamêtre. Et cela en se servant de son appareil pour la lithotritie et de son brise-pierre.

Pour donner plus de puissance broyante à son brise-pierre, il a diminué la hauteur du bec femelle en l'élargissant d'autant. Il a mis des coups de limes sur la face interne des bords des dents du bec mâle, ce qui permet à ce bec de gripper sur la pierre sans y glisser.

Ainsi chaque prise est plus complète, et la tranche de pierre retenue entre les becs étant plus grande, la quantité de calcaire réduite en fragments tous assez petits pour sortir par la sonde, est plus considérable dans le même temps.

L'appareil pour la lithotritie du Dr Reliquet a pour action de faire tomber la pierre ou ses fragments dans le brise-pierre, ce qui rend les prises très-faciles pour l'opérateur, et aussi peu irritantes que possible pour la vessie, les aspérités ou dents des deux becs du brise-pierre, si actives dans la prise et le broiement, n'étant jamais mises en contact avec la paroi vésicale.

Toutes les fois que la vessie se vide bien, se contracte bien, l'évacuation par la sonde au moyen des injections, que le Dr Reliquet a toujours faites, est bien plus rapide que par les aspirateurs. Aussi le Dr Reliquet réserve ceux-ci, pour les cas où la vessie ne se contracte pas, ou ne se vide pas, ne se contractant qu'incomplètement.

Enfin, l'auteur insiste sur l'utilité des injections d'eau Phéniquée au millième, faites à la fin de l'évacuation, et sur l'emploi, pour toutes les injections faites pendant l'opération de l'eau Boriquée à 35 pour mille.

Adresse : Delahaie et E. Lecrosnier, Editeurs, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Bibliographie.—Nous venons de recevoir le *Newspaper and Bank Directory of the World* de H. P. Hubbard. Deux volumineux in-octavo de plus de 1200 pages chacun, contenant la nomenclature et la descriptien de plus de trente-trois mille journaux et de quinze mille banques du monde entier.

Voilà tout ce qu'annonce le titre de l'ouvrage et c'est déjà beaucoup. Mais il suffit de le feuilleter rapidement pour constater que c'est une mine inépuisable de science et de connaissances utiles de mille espèces. On se demande avec étonnement comment un homme a pu recueillir tant d'informations et accumuler avec ordre dans un même ouvrage tant de matériaux scientifiques. Histoire, géographie, littérature même, rien n'y manque. Sous le rapport de la typographie l'ouvrage est un véritable chef-d'œuvre. La traduction en 160 langues différentes d'un texte de l'Ecriture Sainte en donne un aperçu. Les cartes géographiques des différentes parties du monde et de chacun des Etats de la République ne laissent rien à désirer. En un mot l'ouvrage est l'expression la plus éloquente du génie entreprenant de la race américaine et constitue un monument national assurément unique en son genre.

Brochures reçues.

Impressions et aventures d'un diabétique à travers la Médecine et les Médecins, par le Dr JULES CYR, médecin inspecteur adjoint à Vichy, 2me édit. chez Ad Delahaye et E. Lecrosnier Place de l'Ecole de Médecine, à Paris.

Civilisation in its relations to the decay of the teeth, by NORMAN W. KIGSLEY, M.D.S; D. D. S. APPLETON & Co. New-York.

NOUVELLES MÉDICALES.

Concours pour l'internat.—En vertu d'une décision du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame, une place d'élève interne a été créée à l'hôpital, pour l'année finissant le 1er mai 1883 et mise immédiatement au concours. Ce concours a donné le résultat suivant :

Elève interne : M. A. R. Marsolais, M.B.

Internes provisoires : MM. S. Brien, M.B., et J. D. Gauthier, M.B

Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve:

PATHOLOGIE EXTERNE. — *Comment reconnaîtrez-vous une luxation de l'épaule ? Quelles sont les diverses méthodes de réduction ? Décrivez la méthode de flexion, etc., et la méthode du talon dans l'aisselle.*

—Le chloroforme favorise-t-il beaucoup la réduction des luxations ?

—Comment reconnaîtrez-vous une fracture de l'extrémité inférieure du radius ? Jusqu'à quel point doivent descendre les attelles antérieure et postérieure ? Quels sont les dangers d'une trop forte pression ?

—Comment reconnaîtrez-vous que le patient qu'on vous apporte a une fracture de la jambe ? Quel appareil convient mieux dans la généralité des cas ? Décrivez brièvement cet appareil.

—Combien de fois par jour devez-vous renouveler le pansement des plaies qui donnent beaucoup de pus ?

—Quelle application devez-vous faire sur un ulcère de la jambe qui présente une surface fongueuse, des bords élevés, une atonie complète ?

—Dans un cas de blessure de l'artère radiale, qu'avez-vous à faire ? Liez-vous les deux bouts de l'artère et pourquoi ?

—*Quels sont les avantages du pansement de Lister?*

—*A la suite d'une opération quelconque que vous indiquent un pouls à* 120 *et une température à* 104° *Fahr?*

PATHOLOGIE INTERNE.—*Comment reconnaîtrez-vous que l'individu qu'on vous apporte sans connaissance, est dans un état d'ivresse absolue ou frappé d'hémorrhagie cérébrale? Quel sera le traitement à instituer dans l'un et l'autre cas?*

—*Comment distinguez-vous les palpitations nerveuses du cœur des palpitations liées aux lésions valvulaires?*

—*Décrivez les symptômes de la seconde période de la fièvre typhoïde?*

—*Quels sont les signes diagnostiques du vertige épileptique?*

—*Quel traitement instituerez-vous dans un cas de péritonite?*

—*Quels sont les bruits stéthoscopiques que vous entendez dans les trois périodes de la pneumonie fibrineuse?*

Le jury de ce concours était composé de MM. Rottot, Brosseau et Laramée.

Hôpital Notre-Dame.—M. le Dr H. E. Desrosiers vient de donner sa démission comme médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame, position qu'il occupait depuis la fondation de cet hôpital en 1880. Il est remplacé par M. le Dr. I. Cormier, ci-devant assistant-interne.

Réception.—M. Jos Cuerrier, a obtenu son diplôme de docteur en médecine aux examens qui ont eu lieu dernièrement à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal.

Nouveaux étudiants.—Les examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine ont eu lieu, jeudi, 4 courant. Sur 48 aspirants, 46 ont subi l'examen complet et 2 l'examen partiel; 27 ont été admis et 21 rejetés.

Voici la liste, *par ordre de mérite*, des heureux candidats:

MM. Alfred Létourneau, H. Ernest Choquette, A. Rolland, C. Ostigny, Chs. Collet, John L. Duffett, Toussaint Charron, G. Pilon, F. Canac-Marquis, Jules Laberge, L. J. H. Roy, Alexandre Boucher, Alfred Poole, A. Faucher de St-Maurice, Aquilas Cheval Auguste F. Schmidt, Wilbrod Hénault, H. Dauth, Anaclet Bernard, J. B. Gibson, Hercule Roy, Eugène McKay, A. Delisle, J. Rodier, A. N. Worthington, M. Rochon et M. Délorme.

Le concert donné au Nordheimer's Hall, au profit de l'Hôpital Notre-Dame a été un joli succès artistique et pécuniaire. M. le professeur Couture qui a bien voulu dévouer gratuitement son talent au succès de cette charité a acquis un titre de plus à notre estime et à notre admiration.

Université Laval, Montréal. Faculté de médecine. —Durant le troisième terme finissant le 30 juin, les cours de la faculté de médecine sont donnés dans l'ordre suivant:

Histologie.—M. LAMARCHE: 2 hrs. p.m., lundi, mercredi et vendredi.

Hygiène.—M. SÉV. LACHAPELLE: 2 hrs. p.m., mardi, jeudi et samedi.

Botanique.—M. DUVAL: 3 hrs. p.m., tous les jours, excepté jeudi. Ce cours se donne en entier durant le terme.

Matière médicale et thérapeutique générale—M. DESROSIERS: 4 hrs. p.m., tous les jours:—Altérants, révulsifs, caustiques, émollients, désinfectants, parasiticides.

Tocologie.—M. DAGENAIS: 5 hrs. p.m., tous les jours. Dystocie, fièvre puerpérale, éclampsie, maladies des organes génitaux de la femme.

Hôpital Notre-Dame, 31 rue Notre-Dame.—*Médecin.*—M. LARAMÉE.—Service à 11 hrs. a.m. Visite au lit des malades le lundi; conférences cliniques le mercredi et le vendredi.

Chirurgien.—M. BROSSEAU.—Service à 11 hrs a.m. Conférences cliniques le mardi et le jeudi. Visite au lit des malades le samedi.

Oculiste.—M. FOUCHER.—Service à midi tous les jours. Visite des malades le vendredi. Examens à l'ophthalmoscope, le samedi, conférences cliniques.

Un individu du nom de Garon, charlatan de son état, a été condamné, ces jours derniers, à vingt-cinq piastres d'amende pour exercice illégal de la médecine.

On est à construire, à la Longue-Pointe, une nouvelle maison de refuge de dénomination protestante.

VARIÉTÉS.

Le thermomètre et la simulation.—C'était pendant la terrible épidémie typhoïde de 1874. Le regretté Valette avait horreur de la routine; chacun sait avec quelle verve il faisait annuellement le procès des vieux pansements, et l'on peut dire sans exagération qu'il avait pressenti, sinon deviné, la découverte des doctrines antiseptiques, cette terre promise de la chirurgie qu'il ne devait pas atteindre. Aussi avait-il accepté un des premiers la thérapeutique de Brand, que Frantz Glénard venait de faire connaître et défendait avec le talent d'un véritable écrivain et le prosélytisme d'un croyant. Parmi ses malades se trouvait une petite fille de dix à douze ans qui, dès le début du traitement, avait montré une grande répugnance pour l'eau froide; mais ses protestations étaient vaines, le thermomètre marquait l'heure des bains, et l'on sait que la méthode allemande n'est pas précisément accessible aux transactions; se baigner ou mourir, le dilemme est clair: on se baignait donc.

Un jour, Valette, visitant sa petite malade, apprend qu'une défervescence brusque s'est produite, et que, en conséquence, aucun bain n'a été imposé dans la journée; pourtant le pouls était plus fréquent et l'état général semblait devenir plus alarmant. Le lendemain, même aggravation, et toujours le thermomètre oscillait entre 38° et 36°. Le chirurgien place lui-même l'instrument et reconnaît l'exactitude des constatations faites par les parents.—Mais Valette était d'humeur moins longanime que nos confrères anglais, et il eut vite fait d'éventer la supercherie. Que s'était-il donc passé? Peu convaincue sans doute par les statistiques des savants d'Outre-Rhin, la rusée fillette avait pris l'habitude de s'introduire d'avance dans le rectum un petit morceau de glace spécialement destiné au thermomètre. Les aveux obtenus, la méthode reprit ses droits et l'on peut présumer que la malade ne perdit rien pour attendre. L'histoire ajoute qu'elle guérit.

Le Dr Mackenzie a rapporté au dernier *Congrès de Londres* une observation analogue dans laquelle c'était au contraire l'hyperthermie qui se trouvait habilement simulée.

Le sujet de cette observation, qui a mystifié pendant plusieurs mois médecins et élèves du *London Hospital*, est une femme de quarante-deux ans, névropathique, d'une intelligence assez vive, amputée autrefois de la cuisse, vieille habituée des hôpitaux, où on en était arrivé à ne plus vouloir

l'admettre, à cause des difficultés qu'elle y suscitait, étant, de plus, *mangeuse d'opium*. On la recevait néanmoins à l'hôpital, fin 1879, pour des douleurs de l'estomac et de l'abdomen, des vomissements, de la céphalée, de l'érythème et une légère fistule du moignon. Du 14 au 27 janvier, en particulier, on lui plaçait le thermomètre dans l'aisselle à plusieurs reprises dans la journée, et chaque fois on constatait les températures les plus fantastiques. Il fallut même avoir un thermomètre spécialement gradué pour elle jusqu'à 130° (Farenheit) (55° C.) la gradation ordinaire jusqu'à 113° (45° C.) étant insuffisante. Ainsi, le 22 janvier, elle avait 49°1 : le 23, 47°1 ; maintes fois, 46°, 45°, 44°. Et de même pendant plusieurs mois. L'état général était bon ; le pouls et la respiration normaux ; la langue humide, le moignon ni plus ni moins enflammé (on se convainquit qu'elle l'entretenait dans cet état) ; la malade accusait de temps en temps, pour les besoins de la cause, un redoublement de céphalée, du vertige, des vomissements, etc.

Il arrivait qu'après une constatation exorbitante, si on reprenait la température, la malade bien surveillée, on trouvait la normale—normale encore la température prise dans la bouche ou le rectum. Devant le Dr Mackenzie il y avait généralement des températures apyrétiques. Un jour, l'élève remarqua que la malade s'agitait sous ses couvertures pendant qu'elle ne croyait pas être observée. Une autre fois, on trouva le mercure du thermomètre réfugié dans la chambre supérieure. Pas n'était besoin de ces signes plus que suspects pour donner l'éveil ; et on s'étonnera que les mesures n'aient pas été mieux prises et une surveillance plus active organisée pour surprendre le délit. Au lieu de cela, on se contente de morigéner la malade qui nie énergiquement et d'enregistrer scrupuleusement les dites températures. Au mois d'août, la comédie durait toujours, et la malade quittait le service sans avoir capitulé.

Le Dr Stephen Mackenzie, toujours intrigué, ne la perdait pas de vue ; un an après, il la retrouvait dans une infirmerie ; là on ne faisait pas usage du thermomètre. Mackenzie, qui la surprenait, lui trouva une température axillaire normale.

Il fallut encore d'autres démarches pour obtenir des aveux : elle convint enfin qu'elle se servait tout simplement de cataplasmes et de cruchons d'eau chaude qu'elle approchait très adroitement du réservoir du thermomètre.

Il paraît que c'est là une fraude qui tend à se généraliser en Angleterre, car le Dr Mohamed rapportait devant la Société clinique de Londres, le 28 octobre dernier, un cas de *température paradoxale* observé à *Guy's hospital*, caractérisé par la

même ténacité de simulation et la même passivité des observateurs. La malade du *Guy's hospital*, une hystérique de vingt-deux ans, phtisique, était même beaucoup plus forte que la précédente : sur un thermomètre fabriqué à son intention, elle marqua un jour 158° F. (53°3 C.) ; de plus, elle savait actionner un thermomètre placé dans sa bouche.

Quand on voulait la confesser, et qu'on la questionnait sur l'ingénieux prodédé qu'elle mettait en œuvre : " Trouvez-le vous-même ", répondait-elle avec un impudent sourire. En somme, on ne le sut jamais ; car, après avoir joué la Faculté pendant dix-huit mois, à l'aide d'un répertoire de fraudes très varié, elle finit par prendre son rôle d'ultra-fébricitante tellement au sérieux qu'elle contracta la scarlatine et mourut. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Le comble de l'art pharmaceutique :—" Jeter une solution de sulfate de zinc dans la Seine afin de l'empêcher de couler." Ce mot est attribué à Ricord.—(*Le Praticien.*)

On causait de Ricord :

—C'est un père pour ses clients.

—Oui, répond quelqu'un, on peut dire que ce sont ses enfants gâtés.—(*Ibid.*)

Nécrologie.

Le Dr P. A. C. Munro.

Le Dr Pierre Antoine Conefroy Munro, décédé le 13 avril dernier, était âgé de 71 ans.

Sa fin tragique a causé une bien douloureuse surprise au monde médécal de la Province.

Le 12 avril il s'acquitta comme toutes les années précédentes de sa vie, de son devoir pascal, le 13 il dine comme d'habitude sans que sa physionomie ni ses actes ne puissent faire soupçonner rien d'insolite, il monte à sa chambre et quelques instants après on entend un râlement. On enfonce la porte et

on trouve le vieillard étendu sur son lit, baigné de sang et presqu'agonisant. Près du lit sur une chaise, il y avait un bassin à moitié rempli de sang et un vieux couteau à amputation avec lequel l'infortuné s'était divisé la jugulaire. Les Drs Filiatrault, Hingston et Brunelle appelés en toute hâte eurent un instant l'espoir de le sauver, mais en dépit de tous leurs efforts le malade s'éteignit quelques heures après.

A l'enquête présidée par le coroner Jones, le jury rendit le verdict suivant:

Pierre Antoine Conefroy Munro s'est donné la mort de ses propres mains dans un moment d'aliénation mentale.

Le service funèbre a été chanté à l'Hôtel-Dieu.

Les porteurs du coin du poële étaient MM. les Drs Coderre, D'Orsonnens, Trudel, Hingston, Reddy et Leprohon.

La plupart des médecins et étudiants de Montréal accompagnèrent le défunt à sa dernière demeure.

Avec le Dr Munro s'éteint le dernier des fondateurs de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie.

Savant sans ostentation, le Dr Munro a été considéré à juste titre pendant un grand nombre d'années le plus grand chirurgien de la province. Toujours en tête du progrès ses travaux feront époque dans l'histoire de la chirurgie canadienne.

Trente cinq années d'enseignement lui ont valu dans toute la profession médicale du pays la réputation d'un homme savant, laborieux et dévoué.

On annonce, à Paris, la mort du docteur Junod, l'inventeur de la fameuse botte-ventouse à laquelle il a attaché son nom; à Edimbourg, la mort de Sir Robert Christison, le distingué toxicologiste et auteur bien connu d'un traité sur les *poisons*; à Paris, la mort de du Dr Aimé Martin, médecin à l'Hospice St-Lazare et connu par un ouvrage sur la syphilis, en collaboration avec le Dr Belhomme; à Philadelphie, la mort du Dr J. Pancoast, professeur d'Anatomie à *Jefferson Medical College*; à New-York, la mort du Dr Erskine Mason, chirurgien de l'Hôpital Bellevue et de l'Hôpital Roosevelt.

NAISSANCE.

A Southbridge, Mass, le 20 d'avril 1882, la dame du Dr J. A. Robillard, un fils.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Considérations générales sur la physiologie du médicament. (1)

PAR L. J. V. CLÉROUX, M.D.

Les phénomènes physiologiques, relatifs à l'emploi des médicaments sont multiples et identiques sous plus d'un rapport à ceux de la nutrition. La vie ne se répare pas autrement qu'elle s'entretient et qu'elle se reproduit. L'organisme malade demande son aliment spécial qui n'est autre que le médicament; et, pour produire son effet, celui-ci doit d'abord être introduit dans l'économie, en imbiber les tissus et en être rejeté ensuite.

Ces trois actes nous amènent à considérer l'absorption du médicament sa circulation et son électivité; les mutations qu'il subit sur les surfaces d'application et dans le trajet circulatoire, ses destinées ultérieures, c'est-à-dire son élimination et sa fixation temporaire dans l'économie.

Avant d'entrer en matière il conviendrait peut-être de définir le médicament. "C'est l'instrument de l'indication" dit Fonsagrives et Ferraud propose de le définir : "Tout agent capable d'aider l'économie dans la réparation de ses éléments et dans le rétablissement de ses fonctions normales afin de combattre les conditions affectives diverses."

Tous les médicaments à action générale entrent dans la circulation et vont imprégner les organes jusqu'à ce qu'ils soient éliminés ou détruits.

Dans quelque point de l'économie que s'opère cette introduction des médicaments qui constitue *l'absorption*, ils trouvent sur leur passage un épiderme ou un épithélium qui les sépare des vaisseaux lymphatiques ou veineux dans lesquels ils doivent pénétrer. Cette barrière quasi consciente que forment les épithéliums s'ouvre avec complaisance dans quelques

(1) Travail lu devant la *Société Médicale de Montréal.*

parties de l'économie et pour des substances choisies; tandis que dans d'autres elle se refuse complètement au passage d'éléments externes.

L'absorption des médicaments peut s'opérer dans presque toute l'étendue de la muqueuse digestive. Celle de la *bouche* y est peu propre en général; elle a été utilisée dans certains cas pour les frictions auriques et mercurielles par la méthode de Chrestien et de Clare qui est aujourd'hui presque inusitée.

Plusieurs physiologistes refusent à l'estomac toute faculté absorbante. Le role de l'épithelium cylindrique de l'estomac serait de donner lieu à des produits de sécrétion, de protéger l'organe contre l'action digestive du suc gastrique et de s'opposer à l'absorption. La quantité de substances alimentaires absorbée par cet organe peut en effet être si minime qu'on la considère comme nulle. Mais cette muqueuse si riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques serait-elle imperméable au point de refuser passage à des éléments aussi actifs sous un petit volume, que le sont les médicaments, surtout lorsque ces substances sont en contact avec l'estomac dans un temps ou les globules épithéliaux sont pour ainsi dire en refus de sécrétion ?

Indépendamment de ses aptitudes absorbantes assez médiocres ou *nulles*, l'estomac offre un autre inconvénient comme voie d'absorption, celui de se révolter à la longue contre les médicaments au préjudice de ses fonctions d'élaboration alimentaire, Cet inconvénient se constate surtout lorsqu'on n'administre les médicaments que dans l'état de vacuité de l'organe. Cet état est nécessaire si l'on veut obtenir une action locale sur les parois de la muqueuse gastrique; comme une anesthésie de ses papilles nerveuses par l'éther, les opiacés, le chloroforme, un effet astringent, cathéritique ou hémostatique par le tannin, l'alun, le sulfate de fer, le perchlorure de fer, une saturation chimique de ses produits secrétés trop abondamment par le moyen de l'eau de chaux, de la magnésie etc,, il est évident que ces médicaments doivent être administrés à jeun sous peine de les affaiblir par une dilution intempestive, et d'interposer les aliments entre eux et la muqueuse sur laquelle ils doivent agir topiquement. La même précaution est encore plus rigoureusement indispensable lorsque les médicaments exercent sur les fonctions de l'estomac une action perturbatrice du travail digestif. Mais on peut dire en général, sauf des cas déterminés qu'il y a plutôt avantage qu'inconvénient à associer les médicaments aux aliments ou à donner les uns et les autres dans un temps assez court pour que la digestion s'en fasse du même coup, Ce sont surtout les médi-

caments entrophiques que l'on a avantage à administrer par la méthode alimentaire tels que le phosphate de chaux, le fer, les iodiques, l'huile dé foie de morue. La crainte théorique que le fer pris en mangeant ne rencontre dans l'estomac une acidité suffisante pour le dissoudre, tombe devant l'expérience qui montre avec quelle facilité il est utilisé et toléré quand on le prend au moment des repas, tandis qu'à jeun, il détermine si souvent de la pesanteur et des crampes d'estomac. L'utilité de prescrire l'huile de foie de morue à un moment rapproché des repas est encore mieux démontrée. Le mercure est dans le même cas. Si le lait adoucit comme on le dit la liqueur de Van Swieten cela tient à ce que l'action topique du médicament est atténuée et que profitant de la perfection d'une élaboration physiologique normale, il franchit les barrières d'absorption sous une forme plus divisée, plus douce, plus efficace. Les purgatifs eux-mêmes sauf les purgatifs salins agissent d'autant plus sûrement et avec d'autant moins de coliques et de flatuosité qu'on facilite leur action par l'administration simultanée d'un aliment léger. La magnésie, l'huile de ricin, le calomel, la gomme gutte, l'aloès, la scammonée sont dans ce cas.

Les formes médicamenteuses qui conviennent le mieux à cette voie d'absorption sont certainement les solutions, les teintures étendues, les poudres solubles. La forme pilulaire si souvent usitée est moins favorable.

La muqueuse intestinale absorbe avec une grande facilité. Le phénomène de passage produit par l'absorption est due à la vitalité propre de l'épithélium qui par sa nutrition se gorge des substances avec lesquelles il est en contact et les transmet ensuite aux éléments globulaires du corps des villosités. La pénétration a eu lieu, il suffit désormais d'un phénomène de diffusion pour que le sang absorbe le liquide avec lequel il est en contact.

La muqueuse rectale est aussi souvent utilisée dans le même but et elle est très capable d'absorption pourvu qu'on la débarrasse, par un évacuant des matières susceptibles d'empêcher le contact du médicament et de la muqueuse.

Plusieurs médicaments s'absorbent aussi vite par la muqueuse rectale que par celle de l'estomac; il en est même, tel que l'opium, la belladone, la solution de strychnine et d'iodure de potassium dont l'absorption rectale est plus rapide que celle de l'estomac.

Mais, indépendamment de la puissance absorbante prononcée qu'a cette muqueuse pour certaines substances, le champ d'absorption étant moins vaste par l'administration rectale

que par celle de l'estomac on comprend que pour obtenir le même effet, la quantité médicamenteuse injectée devra être plus considérable que celle qu'on introduit dans l'estomac, L'expérience démontre que la dose à prendre par l'intestin est triple de celle qu'on prendrait par la bouche, cependant cette règle souffre des exceptions comme on vient de le voir.

M. Demarguay émet à ce propos que dans le traitement des accidents syphitiques tertiaires, on pourrait pour ménager l'intégrité des fonctions de l'estomac recourir à l'emploi des lavements iodurés. Le rectum n'est pas seulement une voie d'absorption pour des effets généraux ; on peut l'utiliser aussi sur des organes voisins. M. le professeur Courty emploie très habituellement des injections rectales d'onguent mercuriel simple ou belladonné dans le traitement des affections utérines et obtient de bons effets de l'action sédative et résolutive que ce moyen développe par voisinage et à travers les parois du rectum. Les sédatifs engourdissent la sensibilité des organes du bas ventre et les névralgies du bassin s'en accommodent à merveille.

La plupart des diverses muqueuses absorbent avec une grande facilité ce dont on se rend compte en songeant à leur épaisseur relativement peu considérable, à leur richesse vasculaire et à l'humidité de leur surface qui gonfle l'epithélium et le place dans des conditions favorables pour être pénétré par le médicament. Cette énergie d'absorption est prouvée pour les séreuses, la muqueuse buccale, conjonctivale et olfactive.

La muqueuse vésicale n'absorbe que l'eau, son épithélium s'oppose absolument au passage des matières dissoutes. Ainsi, on a pu maintenir longtemps dans une vessie parfaitement saine une solution belladonnée ou d'opium sans constater d'empoisonnement.

Le tégument externe absorbe, des multitudes de faits et d'expériences l'attestent pour l'eau, les gaz et les pommades. On a beaucoup expérimenté pour savoir quelle est la forme médicamenteuse que la peau absorbe le mieux. Les bains embrassant toute sa surface à la fois ont donné à cet égard moins qu'ils semblaient permettre. Les variations considérables que peut subir l'absorption sous l'influence de diverses températures, etc., font de ce procedé un moyen d'absorption non seulement bien limité mais encore très irrégulier dans ses effets.

Les mêmes réserves peuvent être émises à propos des autres systèmes qui se basent sur l'absorption cutanée; les bains d'eau pulvérisée, les bains de vapeur, l'étuve sèche et l'étuve humide; tous ces procédés agissent bien plus par les modifications de milieu et d'impression directe que par l'absorption des médicaments qu'ils peuvent contenir.

La clinique semble donner à l'absorption cutanée des pommades, une confirmation qu'elle refuse aux autres formes médicamenteuses, la possibilité de doser ces substances avec une justesse approximative et la facilité relative qu'offre leur usage en sont probablement causes. L'absorption de l'onguent mercuriel par la voie cutanée est de constatation journalière et rend de grands services surtout dans le traitement de la syphilis en permettant de poursuivre l'administration de ce spécifique lorsque l'irritation gastro-intestinale l'empêche d'être toléré par l'estomac. Les corps gras se mêlant aux vernis huileux de la peau sont absorbés en nature et entraînent avec eux le médicament, mais les glycérolés ne sont pas absorbables.

Toutes les parties de la peau ne sont pas également favorables à l'absorption médicamenteuse. La partie interne des membres est la mieux disposée pour cet office. Le creux axillaire surtout, par la structure de la peau dans cette région, et sa température lui assure des avantages tout spéciaux. Quelle que soit du reste la région que l'on choisisse pour ces applications *iatroleptiques*, il faut la préparer par des lotions tièdes et alcalines, suivies de frictions sèches qui enlèvent les cellules épidermiques superficielles et augmentent l'activité circulatoire.

La *méthode endermique* consiste à dépouiller la peau de son épiderme au moyen d'un vésicatoire et à déposer sur les couches globulaires de Malpighi si vivantes et si impressionnables une substance soluble qui dissoute dans la sécrétion de la plaie est aussitôt absorbée. La *méthode des inoculations* consiste à charger une lancette à l'aide d'une solution concentrée ou d'une pâte médicamenteuse et à inoculer sur le siège même de la douleur. C'est une méthode généralement efficace, facile et prompte à employer.

La méthode des injections dites hypodermiques imaginée par Lynd et Word et vulgarisée en France par Béhier a doté la thérapeutique d'une ressource aussi utile qu'ingénieuse et dont elle ne saurait plus se passer. Les avantages de cette méthode sont la rapidité et la certitude de l'action, l'intensité des effets et l'économie du médicament; la facilité de son administration dans certains cas et la possibilité d'éviter pour quelques substances des effets désagréables. Cette méthode demande l'emploi de solutions neutres et parfaitement limpides pour se mettre à l'abri des accidents d'irritation locale.

La méthode des injections hypodermiques est un progrès, mais on est en train d'en abuser comme de tous les autres, en n'employant que par la voie hypodermique les médicaments

qui se prêtent à ce mode d'introduction. Les injections hypodermiques ont comme toutes choses leurs inconvénients. Elles produisent parfois des accidents locaux d'irritation, d'induration, d'abcès, voire même de gangrène et de tétanos. Sont-ce là des raisons pour proscrire cette méthode. Non sans doute, mais c'est une raison pour ne pas prodiguer cette pratique en la substituant sans motifs plausibles aux autres méthodes d'introduction des médicaments.

L'anatomie en démontrant l'immense étendue sur laquelle se déploie la muqueuse aérienne, la minceur de son épithelium, le richesse du lassis vasculaire qui la double nous enseigne avec quelle énergie et quelle rapidité cette membrane doit absorber. La physiologie nous démontre que les gaz et les vapeurs des substances volatiles traversent facilement la muqueuse aérienne pour être absorbés ; les substances fixes, même lorsqu'elles sont susceptibles de se dissoudre et de demeurer suspendues dans de l'eau réduite en poussière peuvent se prêter à cette voie d'introduction.

L'injection des substances médicamenteuses dans les veines a un double but 1° d'action topique, lorsqu'on agit ainsi sur un vaisseau pour en produire une coagulation sanguine ; 2° d'absorption quand le vaisseau injecté ne sert que d'introduction et de couloir au médicament dont on attend des effets généraux. La pratique de la transfusion est strictement du domaine de la thérapeutique à laquelle elle fournit *in extremis* et dans les cas d'hémorrhagies graves une ressource aujourd'hui méthodisée, La mort qui survient après une abondante hémorrhagie est causée essentiellement parce que l'oxygène n'est plus distribué en quantité suffisante aux tissus et spécialement aux éléments anatomiques du système nerveux central. A ce point de vue la transfusion consiste donc uniquement en un un nouvel apport de globules sanguins, véhicules de l'oxygène. On a aussi appliqué la transfusion à des cas d'empoisonnement ; cette tentative est très légitime, par exemple pour l'empoisonment par l'oxyde de carbone, agent qui paralyse le globule rouge, car on remplace alors des globules inutiles par des globules propres aux échanges nutritifs et respiratoires. La transfusion est moins légitime dans les autres empoisonnements et même dans l'urémie.

L'injection des médicaments dans les veines est encore du domaine de l'expérimentation, malgré des tentatives hardies qui ont presque toutes échoué.

Les plaies dont on a comparé les surfaces à celles des muqueuses absorbent mieux que ces dernières ; aussi la production récente de plusieurs cas d'empoisonnement, par le-

pansement de Lister attire-t-elle aujourd'hui l'attention du monde médical. Les plaies compliquées de lésions osseuses sont alors les principaux agents d'absorption. Leur maximum d'aptitude à absorber parait devoir être rapporté au 8e ou au 9e jour alors qu'elles sont en plein travail de granulation.

A part le rôle des épithéliums, on peut considérer en général les phénomènes *d'absorption* comme des phénomènes de *diffusion*. Le fait de la circulation du liquide sanguin n'est qu'accessoire, on ne peut donc pas dire dans le sens ordinaire du mot que les vaisseaux sont des organes absorbants; à proprement parler, ce sont les liquides des tissus, c'est le sang lui-même qui absorbe, aussi l'état de saturation du sang est une des causes qui influent le plus sur l'absorption vis-à-vis de telle ou telle substance. L'état de plénitude ou de vacuité des vaisseaux est une des conditions qui font le plus varier la rapidité de l'absorption médicamenteuse. L'un des avantages de l'abstinence à laquelle sont soumis les malades dans le cours des maladies aigues est précisément de favoriser l'absorption.

On sait aussi que l'absorption est beaucoup plus active chez les enfants et chez les jeunes gens que chez les personnes âgées, chez les femmes que chez les hommes; que l'état fébrile ralentit l'absorption qui est aussi moins active dans la fièvre typhoïde et dans le diabète.

J'arrive maintenant messieurs à la circulation médicamenteuse. Une fois qu'elle est entrée dans la circulation, la molécule médicamenteuse devient pour un temps partie intégrante du sang, soit qu'elle se combine chimiquement avec un de ses éléments, soit qu'elle n'emprunte à ce fluide que le mouvement dont il est animé, et se serve du plasma ou des globules comme de simples moyens de transport. Le sang du reste trouve dans le médicament une substance antipathique à sa nature, un hétérogène, ne fait que le supporter et tend à s'en débarrasser le plus tôt possible par l'oxydation intra-vasculaire ou par l'élimination sécrétoire. La destinée du médicament, substance matérielle passive, est donc celle du sang ou véhicule. Il lui arrive directement par l'absorption veineuse, et indirectement par la route détournée de la circulation lymphatique, mais il rencontre sur son passage deux organes qui peuvent l'empêcher d'arriver au système artériel : l'un de ces organes est le foie; si le médicament a été absorbé par les radicules de la veine porte il peut le reverser dans l'intestin avec la bile qu'il sécrète et l'emprisonner pour un temps dans ce cercle, ou du moins le rejeter en partie avec les secrétions intestinales, en un mot retarder son entrée dans le système à sang rouge et ne l'y laisser pénétrer que partiellement; l'autre organe, le pou-

mon qui peut éliminer directement le médicament qui lui est apporté par les ramifications de l'artère pulmonaire avant que celles-ci l'aient versé dans le système artériel que M. Cl. Bernard considère avec raison comme le vrai milieu des actions médicamenteuses. Les substances volatiles s'éliminent ainsi plus volontiers par la muqueuse aérienne et les autres médicaments par l'intestin.

Qunnd le médicament a échappé à cette double pierre d'achoppement, il pénètre dans les artères qui en sont les distributrices et va se répandre par elles dans tous les organes de l'économie. Il suit dès lors passivement les lois de la circulation artérielle, soit qu'arrivé dans les capillaires et exudé avec le plasma il se fixe sur les éléments cellulaires des organes, soit que repris par les radicules veineuses avec le résidu des élaborations interstitielles il recommence une ou plusieurs fois le cercle qu'il a déjà parcouru.

La durée d'un cycle circulatoire complet, c'est-à-dire le temps qu'un même globule met à revenir au même point d'un vaisseau étant de quinze secondes, nous avons par là une idée très expressive de la rapidité avec laquelle le sang normal ou médicamenteux est successivement présenté au même organe.

Quoiqu'il soit bien difficile encore de déterminer le rôle respectif du plasma et des globules des deux ordres dans ce transport de la molécule médicamenteuse, on peut cependant admettre avec certaine vraisemblance que les substances gazeuses ou volatiles sont transportées par les globules qui les absorbent par endosmose et les rendent ensuite au plasma nourricier par simple exosmose ou par rupture de l'enveloppe des globules au moment où cette rupture se détermine. Les gaz médicamenteux et les vapeurs comme les éthers, le essences sont donc emportés par les globules comme l'est l'oxygène inspiré ; les substances liquides ou solides sont dissoutes et étendues dans le plasma, mais les échanges réciproques qui s'établissent entre ce milieu, dans lequel flottent les globules, et les globules eux-mêmes doivent dans tous les cas soumettre ceux-ci à l'influence des médicaments, de sorte qu'en définitive les globules doivent être considérés comme les véhicules accidentels de la molécule médicamenteuse au même titre qu'ils sont les véhicules normaux de l'oxygène.

Arrivés dans le système capillaire et dans la trame même des organes, là où le calibre des globules les empêche de pénétrer, ils doivent abandonner au plasma les molécules médicamenteuses dont ils sont imprégnés, et c'est en définitive la liqueur du sang qui est chargée de produire sur les éléments ultimes de nos tissus, soit par impression simple ou par com

binaison intime avec eux, cet acte nutritif anormal qui est le point de départ de l'action médicamenteuse.

(*à continuer.*)

De l'arsenic dans les fièvres intermittentes

Par Ph. Carrière, M.D., Trenton, Ont.

La découverte de la quinine ayant fait abandonner le quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes, fut, comme on le sait, un des plus grands triomphes de la médecine. Comme on le sait tous les auteurs s'accordent à proclamer la quinine comme étant un spécifique dans ces cas.

Mais ici une question peut être posée.

Dans les contrées marécageuses où cette maladie règne à l'état endémique, le traitement par la quinine est-il infaillible ? Pour ma part j'ai eu à traiter vingt-quatre fébricitants dans l'espace de six semaines et j'ai conclu de mes observations qu'elle échoue dans un certain nombre de cas: Pour trois patients surtout chez qui la quinine était restée sans effet, j'eus recours à l'arsenic. Je savais que cet agent avait été essayé sur une grande échelle sur des soldats en Afrique et que le succès avait répondu à l'attente; j'obtins le résultat désiré. J'avais à combattre une fièvre tierce dont les accès augmentaient d'intensité tous les deux jours, l'effet fut si prompt et si satisfaisant que j'administrai l'arsenic à des fiévreux guéris antérieurement par la quinine et qui en étaient à leur troisième rechute. L'essai fut couronné d'un plein succès et j'ai constaté que l'arsenic agit plus promptement dans les deux cas ou les deux fébrifuges réussissent et qu'il opère d'une manière merveilleuse dans un certain nombre de cas contre lesquels la quinine échoue. Voici comment je l'emploie :

Acide arsénieux.....	grs v
Eau distillée.....	℥viii

Une cuillerée à café 4 fois par jour dans du sirop.

Chimie Médicale.—L'urine.

(*Suite.*)

§ 5. Matières biliaires (Dr Deems.)

Couleur de l'urine jaune verdâtre ou brun noirâtre. L'agitation produit une écume permanente. Le papier blanc ou le linge est taché en jaune.	Présence des pigments biliaires.

2.

Réactif de Gmelin.

Etendez une légère couche d'urine sur une surface de porcelaine blanche et ajoutez quelques gouttes d'acide nitroso-nitrique (l'acide nitrique contenant les oxydes inférieures de nitrogène.) La goutte d'acide est teinte rapidement de différentes couleurs: vert, bleu, rouge, violet et jaunâtre, qui disparaissent promptement. La couleur essentielle et la plus caractéristique est la verte.

3.

Placez une petite quantité d'urine, qui a été chauffée à l'ébullition et filtrée, dans une capsule en porcelaine ou un verre de montre, et évaporez lentement et légèrement sur un bain d'eau ou sur la flamme de l'alcool, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus que quelques gouttes; ajoutez une goutte ou deux d'une solution d'acide sulfurique pur (1 partie pour 4 d'eau distillée) et ensuite une goutte d'une solution de sucre (sucre de canne 1 partie, eau distillée 4 parties.) On voit apparaître une couleur rouge cerise qui s'obscurcit et devient d'un beau pourpre. La couleur pourpre est caractéristique pour les acides biliaires.

Note.—Les pigments biliaires ont la proprité d'adhérer aux sédiments beaucoup plus fortement que les autres pigments, et on peut les trouver dans les sédiments lorsqu'on ne les trouve pas dans l'urine elle-même.

Signification.—Les matières biliaires ne se rencontrent en grande quantité dans l'urine que dans l'ictère et l'empoisonnement par le phosphore. Leur présence dans l'urine s'explique par le fait que la bile, ne pouvant s'écouler dans l'intestin, par suite d'un obstacle quelconque, est résorbée dans le sang et passe de celui-ci dans toutes les sécrétions et spécialement dans l'urine.

Souvent il est inutile de recourir à l'analyse, l'apparence générale du malade, la couleur de sa peau et de sa conjonctive

nous donnent une certitude suffisante sur sa maladie. Quelquefois néanmoins, ces signes extérieurs manquent; alors l'analyse de l'urine est nécessaire.

§ 6. Le Sang.

A. En refroidissant, l'urine a une couleur rouge sang.

1. Elle est transparente.	Ajoutez quelques gouttes d'acide chlorhydique.	1. La couleur devient plus foncée.	Matière colorante du sang. Voyez B.
		2. La couleur devient plus claire.	Matière colorantes étrangères, rhubarbe.
2. Elle est légèrement troublée.	Laissez reposer jusqu'à ce qu'il se forme un précipité que vous examinez selon 3.		
3. Il y a un sédiment rouge.	Examinez au microscope, si ce précipité est crystallin ou amorphe. En le chauffant dans un tube à réactif, il se d ssout.		Urates. Acide urique.
	Le microscope montre des corpuscules de sang. Le précipité n'est pas soluble par la chaleur.		Sang.

A. En refroidissant, l'urine est brune rougeâtre, couleur de suie ou d'encre noire.

4· Il n'y a pas de sédiment, et le microscope ne montre pas de globules sanguins. Faites bouilir l'urine seule, ou avec un peu d'acide acétique. Il se forme un coagulum brun rougeâtre ou sale; matières colorantes du sang, hæmoglobine et les produits de sa décomposition.

SIGNIFICATION.—1. La présence dans l'urine de globules ou de caillots sanguins indique une hémorrhagie dans quelque pratie du système uropolétique. Si l'hémorrhagie est abondante le sang provient généralement des bassinets, des uretères ou de la vessie.

Cet accident peut avoir deux causes: un état scorbutique général, ou la présence de calculs urinaires. Le diagnostic est facile dans le premier cas à cause des symptômes généraux. Dans le second cas il y a presque toujours inflammation des parties affectées, et, outre le sang, on trouve aussi dans l'urine des corpuscules de pus et quelques fois même des fragments de calculs ou de graviers.

Si le sang est en petite quantité et si les symptômes d'une affection des voies urinaires font défaut, nous devons en conclure que ce sang provient du parenchyme rénal notamment des vaisseaux des corpuscules de Malpighi, et nous nous trouvons en face d'une de ces affections désignées sous le nom général de " maladie de Bright." Le microscope signalera en même temps la présence, dans les sédiments, de cylindres fibrineux.

2. L'urine ne contient que les matières colorantes du sang (hématoglobuline et les produits de sa décomposition). Cela indique toujours une décomposition trop abondante des globules sanguins. Lorsque cet état est permanent il se produit une véritable décomposition du sang, et la vie est mise en danger; c'est ce que nous voyons dans le scorbut grave, le typhus, etc.

La présence dans l'urine des matières colorantes du sang nous indique encore un autre danger non moins grave. Il est prouvé d'après les recherches de Jul. Planer que, lorsqu'une grande quantité d'hémato globuline est devenue libre dans le sang, il peut s'accumuler dans les capillaires, notamment dans ceux du cerveau, un pigment granuleux, qui en bouche les orifices et amène les conséquences les plus fâcheuses (mélanémie).

§ 6. Chyle.

1.

Réaction variable; gravité spécifique variable; couleur de lait, trouble, opaque; contient rarement du sang. Quelquefois consistance de gelée.

2.

a. Mettez trois pouces d'urine dans un tube à réactif, ajoutez environ un pouce d'éther sulfurique; mêlez légèrement. L'urine reprend sa couleur naturelle et sa transparence. Présence de la graisse qui est dissoute par l'éther. Voyez 3 *b.*

3.

b. Transportez sur un verre de montre, au moyen d'une pipette, une petite quantité de l'éther flottant sur l'urine, et laissez évaporer: une tache caractéristique de graisse reste sur le verre. Chyle

SIGNIFICATION.—Les connaissances sont très incomplètes sur la signification de la graisse dans l'urine. Cela indique probablement une dégénérescence des reins ou des cellules épithéliales des urétères et de la vessie.

DR N. FAFARD.

(*à continuer.*)

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Fracture du fémur ; non-consolidation ; résection. — Syphilis constitutionnelle ; otite suppurée ; méningite.

Fracture du fémur ; non-consolidation ; résection.—Victor R., journalier, 19 ans, employé aux travaux du chemin de fer d'Omaha, Etats-Unis, eut la cuisse fracturée par cause directe, le 12 mai 1881. Le chirurgien qui prit charge du cas déclara la fracture comminutive ; aucun appareil ne fut mis avant le troisième jour, alors que la fracture fut réduite ; on appliqua une longue attelle latérale externe, avec extension au moyen de poids, et un bandage périnéal pour faire la contre-extension. On ne mit alors sur le membre aucune autre attelle, ni même une simple bande roulée. Pendant les trois premières semaines, le membre fut maintenu dans une immobilisation incomplète, un simple coussin de ouate étant placé sous la fracture. Quand, au bout de trois semaines, on voulut changer les draps du lit, le coussin se déplaça ainsi que les fragments. Ce fait se répéta plusieurs fois pendant les semaines qui suivirent. D'après le rapport du malade, le membre brisé fut palpé très souvent et chaque fois le patient sentit les fragments se déplacer. Le 13 juin, il n'y avait pas encore d'union. On mit alors le malade sous l'influence du chloroforme et l'on pratiqua le frottement des deux extrémités fracturées, après quoi le membre fut remis en position comme ci-devant. On prescrivit des stimulants, hypophosphites, quinine et diète généreuse. Le 30 juin, un appareil en plâtre de Paris fut appliqué, et le malade laissa Omaha, le 4 juillet, pour revenir au Canada. L'union n'avait pas eu lieu. Une fois arrivé chez lui et douze jours après l'application de l'appareil en plâtre, le malade fit mander un rebouteur fameux, dont le premier soin fut de défaire l'appareil inamovible pour lui substituer un bandage de son invention, lequel fut maintenu pendant quarante jours consécutifs. Le malade défit alors lui-même l'appareil et constata qu'il n'y avait pas encore de consolidation. Nouvelle application du bandage par le rebouteur ; nouvel examen du

membre au bout de quinze jours. Naturellement l'union est nulle. Le malade se décide alors à venir à l'hôpital, où il est admis le 24 septembre.

On constate un raccourcissement d'à peu près 1½ pouce; le fragment supérieur est tiré en avant et en dehors, l'inférieur l'est en arrière et en dedans; tous deux sont très mobiles. L'état général du malade n'est pas très satisfaisant, la nutrition est en souffrance; le patient ne semble pas avoir été dans d'excellentes conditions hygiéniques. On prescrit tout d'abord le lavage du membre et on le place dans une position convenable. A l'intérieur, on donne les toniques généraux et en particulier le phosphate de chaux. Après vingt jours de ce traitement, on croit pouvoir tenter la résection, qui est pratiquée par M. le professeur Brosseau, le 15 octobre. On constate que les extrémités fracturées sont arrondies; on enlève, au moyen de la scie à chaînettes, ¾ de pouce de chaque fragment. Les deux extrémités fracturées sont réunies par une forte suture métallique (argent), dont les extrémités sont assez longues pour être tenues en dehors de la plaie. L'hémorrhagie est un peu abondante; on la contrôle par des injections d'alcool pur; un tube à drainage est mis en place. On panse antiseptiquement, puis le membre est placé sur une longue attelle postérieure, des bandelettes de Scultet étant appliquées sur toute l'étendue de la jambe et de la cuisse; l'immobilisation est aidée au moyen de poids. La douleur, qui est considérable, est calmée par l'opium. Le chloroforme a produit un peu de vomissements. Le soir, pouls 102, température 100° F.

Le lendemain (16 octobre), on remplace l'opium par la morphine; les douleurs sont encore vives, le malade a peu dormi la nuit précédente; pouls 106, temp. 101°. On prescrit le quinine à dose de deux grains trois fois par jour; le soir le pouls est à 96 et la température à 102½° F.

17 octobre, a. m.: pouls 93, temp. 102°, le malade a mieux dormi; il n'y a plus de vomissements. Le soir, pouls 96, temp. 102½°, les douleurs sont moindres; on les combat toujours au moyen de la morphine, *p.r.n.*

18 octobre, a.m.: la nuit a été assez bonne; le malade a dormi. Il commence à prendre avec goût quelque nourriture; pas de frissons, ni vomissements; pouls 90, temp. 101°. Le midi on fait, avec les précautions antiseptiques ordinaires (spray phéniqué, etc.), le premier pansement de la plaie. Des injections à l'acide carbolique dilué et à l'alcool camphré sont aussi pratiquées; on continue la quinine et les toniques généraux, insistant surtout sur le phosphate de chaux, dont le malade prend 10 grains 3 fois par jour. Le soir il éprouve un peu plus de douleurs; pouls 92, temp. 102½°.

19 octobre : ce matin, la température est tombée à 100° ; la nuit a été bonne ; appétit passable. Le soir, temp. 101° ; un laxatif est administré, vû que le malade n'a pas eu de selles depuis cinq jours.

Du 20 octobre au 4 novembre, le pouls est à 85 le soir et à 76 le matin, la température se maintenant à 100° en moyenne. L'état général est assez satisfaisant ; l'appétit se maintient, les douleurs sont moins vives ; le sommeil est bon ; ni frissons, ni vomissements. Le malade suit toujours le régime tonique prescrit plus haut. Le pansement de la plaie est fait deux fois le jour sous le spray phéniqué ; le pus s'écoule bien par le tube à drainage.

Le 4 novembre, le malade se sent moins bien ; l'appétit disparaît, la température monte à 102° le soir ; il y a de légers frissons. Le 6 p.m., la température qui le matin n'était qu'à qu'à 100½° monte à 103½° le soir ; pouls 108. Le malade se plaint de beaucoup de douleurs ; l'anorexie est complète, langue chargée, sommeil agité. Le pourtour de la plaie sur une étendue assez considérable est rouge, tuméfié et très sensible à la moindre pression. Nous avons évidemment affaire à un commencement d'érysipèle. On y applique du collodion élastique ; le pansement de la plaie se fait encore avec plus de précautions ; il s'écoule peu de pus. A l'intérieur, on continue l'usage de la quinine, à laquelle on joint les stimulants.

Le 7 a.m., temp. 101°, pouls 100 ; l'érysipèle s'étend à toute la partie antérieure de la cuisse. On continue les mêmes applications et le même pansement ; le soir, temp. 104°. Le malade est un peu agité et souffre passablement ; on continue la morphine, *p.r.n.*

Le 8, la température est à 101° ; le malade dort mieux et éprouve moins de douleurs. La plaie qui a peu rendu depuis le commencement de l'érysipèle laisse s'écouler une grande quantité de pus.

Du 8 au 13, la température varie entre 100° et 99½°. L'érysipèle disparait, les forces reviennent un peu et l'état général est assez bon.

Le 13 p. m., la température est à 102½° et atteint 103° le 14 p.m. ; elle se maintient entre 101° le soir et 100° le matin pendant une quinzaine de jours, c'est-à-dire jusqu'au 1er décembre. Le pus s'écoule assez facilement et est de bonne nature ; le pansement est toujours fait deux fois par jour à l'acide carbolique. Le malade ne tousse pas, cependant il y a de l'expiration prolongée au sommet du poumon gauche ; la jambe est un peu douloureuse, surtout le soir.

Du 1er au 19 décembre, la température subit des oscillations remarquables, étant à 101½° ou 102° le soir pour retomber à 99° ou 99½° le matin. On croit pouvoir expliquer ces variations par le fait qu'une partie du pus stagne autour de l'os au niveau de la résection. On exerce alors, à ce niveau une compression méthodique afin de chasser autant que possible l'air et le pus contenus dans le trajet.

Du 19 décembre au 14 janvier, les oscillations de température sont beaucoup moindres, le thermomètre marquant 99° le matin et 100° le soir. Grâce à la compression exercée sur le membre, l'air ne s'introduit plus dans le trajet, et on a lieu de croire que les parties molles autour de l'os se sont accollées à celui-ci. Cependant le trajet reste encore ouvert jusqu'à l'os, entretenu qu'il est par la présence du fil d'argent. L'état général du malade est assez bon ; son appétit se maintient régulièrement ; il n'éprouve pas de frissons.

Le 14 janvier, on enlève avec quelques difficultés le fil d'argent en le sectionnant à ras le fémur. Il a été impossible de l'extraire complètement. L'anse métallique est laissée dans l'os et le cal provisoire. On continue le pansement et les injections désinfectantes.

Durant les quatre jours qui suivent l'ablation du fil d'argent, la température se maintient élevée, atteignant même 103½° le 17 p.m. Cette élévation de température s'explique par le traumatisme auquel le malade a été soumis lors de l'ablation de la suture métallique ; il y a eu un peu d'hémorrhagie et on a dû agrandir le trajet afin de pouvoir mieux enlever le fil.

Du 17 au 31, la température retombe graduellement à un degré peu éloigné de la normale, c'est-à-dire 99° le matin et 99½° le soir ; elle se maintient ainsi jusqu'au départ du patient le 3 mars.

A cette date, l'état du malade est des plus satisfaisant ; les forces générales sont revenues, l'appétit est bon ainsi que le sommeil ; il n'y a presque pas de douleurs. Le trajet fistuleux persiste encore jusqu'au niveau de la résection, le pus est de bonne nature et coule facilement. On sent très bien le cal provisoire qui est encore volumineux en même temps que très solide. Le malade peut facilement lever sa jambe et la mouvoir en tout sens ; il se lève et marche à l'aide de béquilles. Le raccourcissement est de 1½ pouce.

Depuis le jour de l'opération, le malade a été soumis à un régime tonico-stimulant des mieux suivis, en rapport avec l'état adynamique dont il était menacé : diète généreuse, viandes rôties, thé de bœuf, etc., vin, brandy, préparations de fer, huile de foie de morue, phosphate de chaux, etc.

Syphilis constitutionnelle ; otite suppurée ; méningite. — M. L..., 32 ans, est admis à l'hôpital, le 2 mai, pour un chancre infectant du prépuce ; avant son entrée à l'hôpital, la malade a été opéré pour phimosis. Vu le manque de soins consécutifs, il en est résulté une inflammation considérable de tout le prépuce et de la peau de la verge. Le malade porte la pléïade ganglionnaire aux deux aines.

Localement on fait usage de la lotion noire et de compresses d'acide carbolique dilué. On le soumet immédiatement au traitement mercuriel : gr ss de protoiodure de mercure, à prendre trois fois par jour. Cette médication est continuée pendant une dizaine de jours, alors qu'on la suspend à l'apparition d'une légère gingivite pour la remplacer par le chlorate de potasse à l'intérieur et en collutoire.

Le 12 le malade se plaint d'une légère céphalalgie et de petits frissons irréguliers.

Le 13 le malade se plaint encore d'un peu de céphalalgie et fait quelques efforts de vomissements ; on remarque un léger strabisme. Le pouls est accéléré mais faible, la température est à 102°. On prescrit des applications froides (glace) sur la tête et la quinine à l'intérieur.

Le 14 le thermomètre marque 104° ; le malade est pris de délire et répond à peine aux questions qu'on lui pose ; il accuse une céphalalgie violente siégeant à la région occipitale. Il n'y a pas de vomissements ; le strasbisme continue. On continue le même traitement en y ajoutant le bromure de potassium à dose de 20 grains toutes les quatre heures. Dans l'après-midi du 14 le patient tombe graduellement dans le coma et meurt le lendemain 15.

Autopsie, 12 heures après la mort. Le crâne seul et son contenu sont examinés. Les méninges sont congestionnées. La substance cérébrale ne l'est que très peu. On remarque une légère couche de lymphe à la surface convexe de l'hémisphère gauche Les ventricules latéraux renferment une plus grande quantité de sérum que d'ordinaire. Ce sérum est trouble et blanchâtre ; le liquide céphalo rachidien à la base du cerveau présente la même apparence. La substance cérébrale n'est ramollie ou enflammée sur aucun point. Au niveau de la fosse moyenne gauche de la base du crâne (portion pétreuse et squameuse du temporal) la dure-mère est enflammée ramollie, et recouverte d'une couche de pus épais et lié.

Comme le patient, depuis son entrée à l'hôpital, ne s'est jamais plaint de douleur ni d'écoulement de l'oreille, l'attention n'a pas été tout d'abord attirée de ce côté et c'est pourquoi la méningite a pu être méconnue. Cependant en interro-

geant les parents de ce malade, au moment de l'autopsie, on a pu s'assurer que celui-ci souffrait depuis plusieurs mois d'otite suppurée, du côté gauche, et que c'était sous le prétexte de faire soigner cette affection de l'oreille, que le patient avait déclaré vouloir venir à Montréal. En réalité, la syphilis constitutionnelle dont il soufirait le préoccupait beaucoup plus que son otite, aussi ne mentionna-t-il pas même celle-ci lors de son admission.

Il n'y a pas de doute que dans ce cas l'inflammation des parties profondes de l'oreille s'est propagée au temporal et de là à la dure-mère.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'hypertrophie du cœur d'origine morale.—M. le Dr Ch. Liégeois, de Bainville-aux Saules (Vosges), lauréat de l'académie de médecine de Paris a publié dans une récente livraison du *Concours médical* une étude critique sur cette affection, dont, à la suite de M. Germain Sée, il conteste l'existence en tant qu'elle serait liée à une cause morale quelconque. Nous publions aujourd'hui celle de M. Liégeois, réservant pour une prochaine livraison la reproduction de la réplique faite à celui-ci par le Dr Harnaud.

Van Swietan et Lancisi parlent les premiers de l'hypertrophie du cœur consécutive aux émotions morales vives et aux passions violentes, telles que la colère, la haine, la jalousie ; J. Franck, Sénac, sans beaucoup insister sur ce point, reconnaissent que l'hypertrophie du cœur peut se développer à la suite des affections morales ; mais c'est surtout Corvisart qui avance que "de toutes les causes, les plus puissantes, sans contredit, dans l'étiologie de l'hypertrophie du cœur, sont les affections morales. Les scènes sanglantes de la Révolution, le bouleversement des fortunes, les émotions, les chragrins qui en ont été la suite, ont, dans ces derniers temps, fourni une preuve de l'influence des affections morales sur le développement des maladies organiques en général et de celles du cœur en particulier."

Desault faisait la même remarque ; Testa, Kreysig, Hope, soutiennent la même opinion : Bouillaud dont l'esprit eût dû

être absorbé par les affections valvulaires du cœur de cause rhumatismale, Bouilland qu'on aurait pu croire ennemi de l'hypertrophie cardiaque de cause morale, partage cependant l'opinion de Corvisart relativement à l'influence des causes morales sur l'hypertrophie essentielle du cœur.

Forget, Grisolle, Forster, Friedreich adoptent cette manière de voir: parmi les causes de l'hypertrophie simple, M. Jaccoud cite les émotions morales.

Maurice Raynaud reconnaît aussi l'influence des causes morales sur la production de l'hypertrophie du cœur avec beaucoup de réticences toutefois: " Ce que l'on ne saurait nier, dit-il, sans fermer les yeux à l'évidence, c'est que les peines, les agitations de l'esprit, les préoccupations de toutes sortes, exercent une infiuence très fâcheuse sur la marche des maladies du cœur, et que, s'il est contestable qu'elle puisse les créer de toutes pièces, elles peuvent du moins en accélérer le dénouement funeste."

Ecoutez plutôt M. Bernheim, défenseur convaincu de l'opinion de Corvisart ; " C'est avec raison, je pense dit-il, que Corvisart attribuait aux passions cérébrales une part prépondérante dans l'étiologie des affections cardiaques, c'est à tort que les auteurs modernes attribuant tout au rhumatisme, ont à peine signalé cette influence comme cause de trouble passagers, tels que palpitations nerveuses et syncopes, mais se refusent à admettre qu'un trouble organique ou fonctionnel persistant puisse en résulter.

On a même contesté que les palpitations, dites nerveuses, peuvent aboutir à l'hypertrophie du cœur. Or, s'il est un fait qui me semble bien avéré c'est celui-ci: que les palpitations nerveuses aboutissent à l'hypertrophie cardiaque. Que de fois ai-je observé des hypertrophies qui n'ont pas d'autre origine? Je vois dans ce moment un homme robuste et vigoureux qui, à la suite de chagrins domestiques, de querelles violentes et passionnées, a des palpitations de cœur avec irrégularité constante dans le rhythme et une hyperthophie de cet organe dont la pointe bat au 7° espace a deux travers de doigt en dehors du mamelon. Vous avez vu dans nos salles, nombre de maladies du cœur non valvulaires auxquelles, en scrutant les antécédents etiologiques, nous avons inscrit comme causes possibles un tempéramment nerveux inné, des chagrins des passions déprimantes... On verra, dans les observations qui suivent, ces antécédents souvent mentionnés."

Tous les auteurs dont nous venons de parler pensent que les affections morales accélèrent les battements du cœur et que, de cette accélération, nait l'hypertrophie.

" Le cœur dit Corvisart, ainsi que tous les autres muscles du corps humain, est susceptible de prendre un accroissement plus marqué, une consistance plus solide, une force plus considérable, par la continuité et surtout par l'énergie plus grande de son action. N'observe-t-on pas, en effet, tous les jours, un développement extraordinaire de tous les muscles du corps chez les porte-faix, de ceux du bras chez les forgerons, les boulangers, etc...? L'exercice pour les muscles extérieurs, l'exercice et l'irritation pour le cœur, sont les causes principales qui font de ces organes un centre de nutrition plus actif et y fixent une quantité plus grande de substance nutritive."

Plus tard, Laënnec renouvelle le même argument : " On sait, dit-il, que l'action énergique et fréquemment réitérée de tous les muscles en augmentent notablement le volume, que le bras droit d'un maître d'armes, les épaules d'un porte-faix, les mains de la plupart des ouvriers acquièrent par l'exercice une grosseur disproportionnée à celle des autres parties du corps ; et l'on sent, par conséquent, que les palpitations nerveuses ou occasionnées par des affections morales, peuvent lorsqu'elles reviennent trop fréquemment, déterminer à la longue un véritable accroissement de nutrition du cœur."

Et cependant, plus loin, Laënnec semble se contredire ; " On pense communément, dit-il, que les palpitations nerveuses, supposant un excès d'action habituel du cœur, doivent, à la longue entrainer l'hypertrophie de cette organe. Je ne nie point que cela puisse être, mais je dois dire que je n'ai rien vu qui prouve que cette opinion soit fondée. Je connais des personnes pui éprouvent, depuis plus de dix ans, des palpitations habituelles sans qu'il existe chez elles aucun signe réel d'hypertrophie."

Monneret pense que le système nerveux, par les palpitations qu'il provoque, fait contracter le viscère plus souvent et d'une manière plus énergique et y appelle plus d'éléments nutritifs.

Michel Lévy dit justement en parlant du cœur, qu'un organe modifié dans son action finit par l'être dans sa nutrition.

Autre n'est point l'opinion de M. Jaccoud : " L'activité exagérée d'une fonction, dit le savant professeur, constitue, pour l'organe qui en est le siège, une manière d'être anormale, désignée sous le nom *d'irritation fonctionnelle* ; quand elle est accidentelle et temporaire, l'irritation fonctionnelle n'est accompagné d'aucune modification dans la structure de l'organe, mais si elle est habituelle et persistante, elle entraîne une suractivité proportionnelle dans la nutrition du tissu affecté ; l'irritation fonctionnelle amène l'irritation nutritive. Celle-ci peut à la longue, intéresser tous les éléments de l'organe, mais

elle débute et demeure prépondérante dans ceux qui constituent directement la partie altérée ; ainsi, dans les organes musculaires, ce sont les fibres contractiles qui subissent un développement excessif en nombre : les éléments conjonctifs interposés peuvent ultérieurement prendre part à cet accroissement, mais c'est là un fait contingent et secondaire. Cet état organique est la caractéristique de l'hypertrophie du cœur, laquelle peut être définie une irritation nutritive d'origine fonctionnelle..... L'action exagérée du cœur peut être le résultat d'un trouble de l'innervation et le processus hypertrophique qui en est la suite est l'analogue des hypertrophies musculaires, dites professionnelles, observé chez les danseurs, les boulangers, les coureurs, etc."

Voilà ce qu'on a dit de *l'hypertrophie cardiaque d'origine morale* ; voilà précisément ce que nous ne saurions admettre, nous allons nous en expliquer.

A mon humble avis, M. G. Sée ne s'est point trompé quand il a soutenu que, dans les palpitations morales, le travail effectué par le cœur n'est nullement augmenté—qu'il est seulement réparti d'une autre façon—que les impulsions quoique plus nombreuses, sont chacune moins énergique qu'à l'état normal—que le cœur a divisé son travail, mais n'a pas travaillé davantage—que les phénomènes, par conséquent, sont très différents de ceux qui s'observent chez l'individu soumettant ses muscles à un travail très effectif et exagéré.

" En outre, ajoute l'éminent clinicien, l'augmentation d'intensité des bruits du cœur ne prouve nullement que la force d'impulsion soit plus grande, et il semble, au contraire, que c'est dans les cas où le cœur est le plus faible que les palpitations sont le plus fortes ; c'est, en effet, dans la dilatation de cet organe que l'on entend le mieux les palpitations, et cependant, les contractions ne sont pas en pareil cas, plus énergiques. Ainsi dans les palpitations nerveuses, l'impulsion cardiaque est plutôt affaiblie qu'exagérée et rien ne démontre que l'hypertrophie puisse en être la conséquence ; tout au plus comprendrait-on que, dans le cas de palpitations incessantes, le cœur finisse par s'user et puisse se dilater ou devenir graisseux. Mais c'est encore une hypothèse qui ne peut être vérifiée que par les faits, car la dégénérescence graisseuse, la dilatation du cœur donnent lieu, par elles-mêmes, à des palpitations et lorsque ces lésions sont rencontrées à l'autopsie, il est difficile de déterminer si elles sont primitives ou consécutives, il en est de même lorsque l'on trouve une hypertrophie chez un individu qui a eu pendant longtemps des palpitations, celles-ci peuvent a bon droit être considérées comme symptomatiques de la lésion cardiaque."

Ailleurs encore, M. G. Sée conteste de nouveau que l'hypertrophie soit le résultat de palpitations nerveuses. " Cette théorie, dit-il, se fonde sur l'observation des phénomènes qui se passent dans un muscle travaillant outre mesure, mais la comparaison n'est pas exacte, le biceps augmente de volume lorsqu'il produit une somme de travail plus considérable à la condition toutefois qu'il fasse un travail effectif; s'il se meut pour ainsi dire dans le vide, il n'y a pas de raison pour qu'il s'hypertrophie, il en est de même du cœur. Nous avons déjà dit que dans les palpitations, il n'y a pas une exagération de l'action du cœur, mais seulement une répartition vicieuse de l'activité de cet organe."

M. G. Sée fait aussi remarquer qu'on a pu confondre l'hypertrophie du cœur avec la dilatation si fréquente sous l'influence des conditions nerveuses, il est possible, ajoute-il encore, que si le cœur se vide plus facilement, les résistances qu'il éprouve dans sa locomotion soient amoindries, et l'on conçoit qu'il y ait ainsi une augmentation apparente de l'impulsion. Trousseau, du reste, avait depuis longtemps observé que l'exagération de la matité précordiale en étendue, laisse croire, mais à tort, à l'hypertrophie. C'est que, comme il le dit fort exactement, il y a dans la région cardiaque deux sortes de matités : l'une *absolue* qui est à peu près de 4 à 5 centimètres carrés à l'état physiologique, l'autre *relative* qui circonscrit la matité absolue et qui peut varier à l'infini, suivant les rapports du cœur avec le poumon, suivant la gêne de la circulation, suivant le plus ou moins d'épaisseur et de densité des parois thoraciques. La matité relative peut mesurer 10, 12, 13, 14 centimètres dans le sens transversal, et 8, 10, 12 centimètres dans le sens vertical. Et, à l'appui de ses assertions, Trousseau cite un cas où plusieurs observateurs étaient d'avis différent sur l'existence de l'hypertrophie cardiaque, lorsque M. Bouilland affirma que la matité réelle, absolue, n'était point augmentée et qu'il n'y avait point hypertrophie du cœur.

Nous adoptons, sans aucune réserve, l'opinion de M. G. Sée : avec lui, nous pensons que l'hypertrophie du cœur ne saurait être le résultat de son hyperactivité fonctionnelle, et, aux arguments sérieux invoqués par ce judicieux clinicien, nous nous permettrons d'en ajouter d'autres.

Oui M. G. Sée le dit avec beaucoup de raison, l'exagération du travail du cœur n'est qu'apparente. Et, en effet, Donders et Baxt ont démontré que lorsque le cœur est livré à l'action unique, à la merci des nerfs accélérateurs, la systole cardiaque est raccourcie, plus brève ; M. François Frank a prouvé ensuite que, dans ce cas, la durée de la diastole est diminuée. Si l'on

consulte les tracés volumétriques du cœur publiés par ce dernier et le gonflement systolique, lorsque le cœur est soumis à l'action du sympathique seul, on remarque que plus la diastole est courte, que moins il y a de sang dans les cavités, plus brève est la systole.

Ajoutons aussi avec Baxt, Donders, François-Frank, que cette diminution de la systole et de la diastole coïncide avec l'abaissement ou le *statu quo* antérieur de la pression artérielle, puisque la systole envoie peu de sang à l'artère. La pression artérielle s'abaisse, le cœur n'a pas à lutter contre une pression artérielle forte, pourquoi donc s'hypertrophirait-il? L'accélération du cœur, la conclusion me paraît naturelle, n'implique pas une augmentation de travail de l'organe.

D'autre part, pour que l'accélération du cœur sous l'influence de causes morales fût susceptible d'hypertrophier l'organe, il faudrait que la diastole fût un phénomène actif. Il est vrai que Gavet et Drake admettaient que le cœur est actif seulement pendant sa dilatation. Mais, pour asseoir solidement cette manière de voir, il faudrait mettre réellement en évidence des fibres rayonnantes ou autres qui auraient pour effet de dilater les cavités du cœur.

Carpentier a voulu sortir de ce mauvais pas en disant qu'il existe dans le tissu du cœur deux forces opposées, dont l'une éloigne les parties constituantes des fibres et produit ainsi la dilatation.

Cette idée est contredite parce ce que l'on sait des propriétés physiologiques du tissu musculaire. Haller, qui n'admettait point la dilatation active, faisait remarquer que le cœur en diastole est dans le même état qu'au moment où la vie vient de le quitter; or, dans le cœur à l'état de la mort, aucune fibre n'est en activité, il doit donc en être de même dans la diastole.

Bérard, qui n'acceptait pas non plus l'existence de fibres dilatatrices, expliquait le retour des cavités du cœur à leur état primitif après la systole; 1° par la pression qui règne dans l'ensemble de l'appareil circulatoire, pression qui dilatera les oreillettes où les ventricules dès que leurs parois cesseront de se contracter, 2° par l'élasticité du poumon, qui, étant sans cesse écarté de sa forme naturelle, exerce par cela même une traction sur les parois de la poitrine et sur les organes creux qui y sont renfermés.

MM Chauveau et Arloing se prononcent aussi en faveur de la passivité de la diastole; pour eux, elle ne consiste pas, à proprement parler, en une dilatation des cavités du cœur, mais simplement dans le retour de ces cavités à leurs dimensions premières quand finit leur contraction. Ils s'appuient aussi,

pour prouver la passivité du phénomène, sur l'état électrique du cœur pendant la diastole, sur la manière dont il se comporte avec les excitants galvaniques.

Or, s'il n'existe pas de fibres dilatatrices diastoliques, et si la diastole est purement passive, il n'y a guère lieu de chercher dans une diastole active répétée la cause de l'hypertrophie du cœur.

Mais dira-t-on,on peut la faire dépendre d'une systole fréquemment renouvelée. C'est ici que je tiens à prouver le peu de valeur du raisonnement de ceux qui veulent à tout prix comparer le cœur, répétant très fréquemment sa systole, avec le muscle de l'ouvrier répétant sans cesse ses mouvements. Cette comparaison serait acceptable si le cœur ressemblait au point de vue anatomique, aux muscles volontaires ; mais une pareille ressemblance n'est rien moins que prouvée. En effet, les fibres, striées du cœur diffèrent de celles des autres muscles rouges : 1° par leur diamètre moins considérable, 2° par les anastomoses perpendiculaires ou obliques qu'elles jettent sur leurs voisines, 3° par leur striation longitudinale plus nettement marquée, 4° par l'extrême minceur et peut-être l'absence (Ch. Robin) du sarcolemme, 5° par les fines granulations graisseuses qui les remplissent et leur donne un aspect noirâtre sous le microscope, 6° par l'absence de fasciculation. Voilà, j'espère, des différences notables.

MM. Chauveau et Arloing, tout en admettant la grande analogie qui existe entre les phénomènes mécaniques et électriques du muscle cardiaque et ceux des autres muscles volontaires, n'hésitent pas à dire que le cœur paraît s'éloigner des muscles volontaires par ses mouvements, ceux-ci se succèdent sans relâche en dehors de l'influence de la volonté ou du système nerveux central.

Le cœur diffère encore des muscles volontaires en ce qu'il tend, comme le dit M. Marey, vers un état de contraction sans jamais l'atteindre, les secousses restant toujours incomplétement fusionnées, semblables à celles des muscles des vieillards atteints de tremblements sénile. " On, conçoit du reste, disent MM. Chauveau et Arloing, qu'une contraction parfaite et permanente eût été incompatible avec le jeu intermittent du cœur."

MM. Chauveau et Arloing, en interprétant les expériences de M. Marey, font remarquer aussi que la secousse n'étant qu'un élément de la contraction, il devient dès lors impossible d'assimiler la systole à la contraction des muscles ordinaires, et que, si les tracés d'une systole du cœur ou d'une secousse d'un muscle volontaire se ressemble quand à la forme, ils diffèrent quant à la durée qui est environ 8 ou 10 fois plus grande pour

la systole. Enfin, tout récemment M. Ch. Livon, étudiant la contraction rhythmique des muscles sous l'influence de l'acide salycilique, a montré que, s'il y a analogie entre le cœur et les muscles soumis à la volonté, il y a cette différence que le cœur présente des contractions rhythmiques toujours égales, tandis que celles des muscles vont en diminuant, que, par conséquent, dans ceux-ci, la réparation, tout en se faisant aussi vite, n'est pas aussi complète, probablement parce qu'ils ne possèdent pas un appareil ganglionnaire semblable à celui du cœur, ainsi que le suppose M. Ch. Richet, pour le muscle de la pince de l'écrevisse. Nous venons donc de démontrer que, dans les palpitations d'ordre psychique, chaque impulsion étant moins énergique qu'à l'état normal, le travail du cœur n'est pas en réalité augmenté, que la véritable hypertrophie cardiaque est caractérisée par la *matité absolue* de la région précordiale, souvent confondue, même par d'habiles cliniciens, avec la *matité relative* de la même région : que, dans les palpitations de causes morales, la systole et la diastole cardiaques sont plus brèves, le gonflement systoliques et diastoliques moins considérable ; que la diastole, du reste, est un phénoméne purement passif et qu'il est impossible de comprendre l'hypertrophie du cœur dans ce temps de révolution cardiaque, que la systole ne saurait s'accompagner d'hypertrophie puisqu'elle est plus courte qu'à l'état normal et que, par cela même, elle tend à abaisser la pression artérielle, conséquence qui est loin de favoriser l'hypertrophie du cœur, enfin, que la comparaison entre le muscle de l'ouvrier et le muscle cœur est des plus inexactes.

Telles sont les raisons qui me font dire que l'hypertrophie du cœur n'est point la conséquence obligée des palpitations d'ordre psychique, en un mot, *qu'il n'y a pas d'hypertrophie du cœur de cause morale.*

—

Traitement des sueurs nocturnes chez les phthisiques.—Comme supplément à l'excellente étude de M. le Dr Desroches sur la pathologie et le traitement de la phthisie pulmonaire (Voir *Union Médicale* 1882, pp. 149 et 197) nous trouvons dans le *Medical News and Abstract* quelques remarques cliniques du Prof. Da Costa au sujet du traitement des sueurs profuses telles qu'elles se montrent chez les phthisiques, La portée pratique de ces remarques nous engage à les résumer ici brièvement.

M. Da Costa insiste tout d'abord sur deux points importants : le fait que les malades sont généralement surchargés de cou-

vertures épaisses durant la nuit, et le peu d'usage que l'on fait des bains chauds ou tièdes dans le cours de la phthisie. Il n'y a pas de doute que trop souvent malgré nos recommandations, nos patients, dans la crainte de prendre froid, aiment à accumuler sur eux pour la nuit les couvertures de laine, de telle sorte qu'ils sont à peine au lit depuis une heure, et souvent même avant de s'être endormis, qu'ils transpirent déjà abondamment. D'un autre côté les phthisiques ont à un trop haut degré l'horreur de l'eau et des bains. Un bain tiède ou frais, médicamenté ou non, pris chaque matin aurait pour effet d'ouvrir les pores de la peau, de rétablir dans celle-ci une circulation normale, et de faire cesser parfois d'une manière étonnante les sueurs profuses. On conseille généralement les bains astringents, les faisant suivre de frictions modérées.

M. Da Costa passe ensuite en revue les nombreux agents médicamenteux dont on a successivement vanté l'emploi dans dans le traitement de la transpiration profuse. La *muscarine* arrête la diaphorèse dès le second ou le troisième soir. La *picrotoxine* ne produit aucun effet marqué le premier soir. Le *nitrite d'amyle* n'est pas constant dans ses effets. La poudre composé d'ipécacuanta recommandée autrefois par Stokes a été dernièrement remise en honneur; elle se donne à dose de 2 à 10 gr.

Le plus sûr de tous les diaphorétiques, le *jaborandi*, devient un antisudorifique assez précieux suivant *Murrel*, si on l'administre à doses fractionnées 1|20 gr au coucher, ou trois fois par jour. Da Costa accepte ce dernier fait avec une certaine défiance. En quelques cas l'*acide salicylique* a produit de bons effets dans les mains d'Hutchinson, mais les faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse en tirer de déduction pratique. Les expériences de Da Costa ont prouvé que *l'esérine* exerce une action antisudorique incontestable, mais qu'elle est inférieure seus ce rapport à l'ergot et à l'atropine; ainsi l'extrait fluide de fève de Calabar administré à dose de deux minimes répétées au bout de deux heures, ou à celle de quatre minimes en une seule dose a fait cesser les sueurs profuses au bout d'une heure ou deux; dans un seul cas cependant l'effet a été permanent.

L'*atropine* est de l'aveu de tous l'agent le plus efficace à employer contre les sueurs nocturnes en général et en particulier celles des phthisiques; on la prescrit tous les jours comme telle et ses effets ne sont un secret pour personne. L'atropine présente pourtant un inconvénient assez grave, celui de produire une sécheresse de la gorge et de la bouche telle que le sommeil du malade en est quelquefois troublé et que la toux

même est accrue. D'après M. Da Costa on pare assez bien à cet inconvénient en combinant l'atopine au jaborandi dont tout le monde connaît les propriétés sialagogues. De petites doses de jaborandi auraient pour effet de faire cesser la plupart du temps la sécheresse de la gorge produite par l'atropine sans pour cela toutefois atténuer en rien l'action anti-diaphorétique de l'alcaloïde de la Belladone. Mais il ne faut pas croire que cette heureuse combinaison fasse également bien dans tous les cas auxquels on l'applique, Quelquefois il est impossible de préciser la dose exacte de l'un et de l'autre remède, et M. Da Costa après s'être demandé si on ne découvrirait pas un agent ayant la sûreté d'action de l'atropine sans en avoir les inconvénients, dit avoir trouvé dans l'*Ergotine* le remède tant désiré. L'ergotine agit sur la sécrétion des glandes sudorales par l'intermédiaire des fibres musculaires lisses des artérioles. A coup sûr elle peut en certains cas ne pas produire tout le bien qu'on en attend tant il est vrai que dans une maladie comme la phthisie pulmonaire, tout médicament finit par devenir plus ou moins inerte, mais il réussit dans la très grande majorité des cas, et est tout à fait exempt d'inconvénient. M. Da Costa administre l'ergotine à dose de 2 grains, répétant la dose trois fois par jour; dès la seconde nuit les bons effets du remède commencent à se manifester. L'ergotine n'agit pas aussi promptement que l'atropine, aussi faut-il avoir recours à celle-ci quand il s'agit d'obtenir immédiatement la cessation d'une transpiration abondande. Mais quand il n'est pas indiqué d'agir aussi promptement et que de plus le remède doit être administré pendant une période plus ou moins longue, l'ergotine rend certainement d'excellents services; on l'a vue réussir dans des cas demeurés rebelles à l'atropine.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Importance d'amputer sans retard et haut dans les cas de gangrène traumatique par Hutchinson. Dans les cas de gangrène traumatique doit-on faire l'amputation sans attendre que la ligne de démarcation soit formée? Je crois que la plupart des chirurgiens répondent affirmativement sans hésiter. C'est aussi mon opinion bien arrêtée. Nous avons eu dernièrement un cas de ce genre, très intéressant. Un homme âgé de plus de cinquante ans, mais d'une bonne cons-

titution fut admis à l'hôpital pour une fracture composée du tiers inférieur de la jambe. Voulant essayer de sauver le membre, nous y avons appliqué un pansement antiseptique. Mais le pied fut pris de gangrène et vers le sixième jour après l'admission du malade M. Tay amputa le membre au-dessous du genou.

L'état général du patient était dans le moment très peu satisfaisant. L'amputation pratiquée dans des tissus parfaitement sains, fut bientôt suivie de gangrène du moignon. Les lambeaux devinrent livides et l'état du patient devint alarmant. M. Tay et moi, en consultation, décidâmes de faire sans retard une seconde amputation qui fut pratiquée au tiers inférieur de la cuisse moins de vingt-quatre heures après la premiere. Cette fois tout alla bien et ce second moignon, comme vous avez pu le constater il y a quelques jours, est des plus satisfaisants.

La principale raison qui doit nous engager à agir promptement dans de semblables cas, se trouve dans la gravité du processus gangréneux. Pendant que la vie s'éteint dans les parties molles, le sang qui continue à y circuler, quoique très imparfaitement, s'empoisonne par l'absorption des gaz et des liquides des parties putréfiées et il en résulte un état septique des plus dangéreux. La rapidité du pouls, l'affaissement, l'élévation de la température et les vomissements sont les symptômes qui annoncent le plus communément l'infection. Tous ces désordres s'amendent quelquefois avec une rapidite étonnante après l'amputation de la partie gangrénée. Il peut se faire que la mortification des tissus s'accompagne d'un choc sur le système nerveux, mais je suis disposé à croire que la plupart des accidents sont causés par l'empoisonnement du sang.

Dans la pyémie causée par la phlébite, il est inutile d'amputer parce que les embolies ont déjà été entraînées de la veine enflammée dans le torrent de la circulation. Il est déjà trop tard, l'abcès secondaire se formera que vous enleviez ou non le foyer d'infection. Dans la septicémie à la suite de gangrène, le cas est différent. Ici il semble fort possible que le sang se débarrasse du poison. Je me rappelle le cas d'un jeune soldat que nous avons traité, il y a quelques années, pour une plaie du pied à la suite d'une engelure. Il avait en outre une oblitération de l'artère fémorale. Mon jeune collègue fit l'amputation médio-tarsienne. On ne put obtenir la guérison du moignon, et quelques temps après j'amputai au tiers supérieur de la jambe à une grande distance de la lésion car toute la jambe semblait parfaitement saine. J'amputai très haut,

parce que je savais que la fémorale était oblitérée. Malgré cela, le moignon fut envahi par la gangrène qui produisit bientôt les symptômes les plus graves. Le patient fut pris de vomissements répétés, son pouls s'accéléra et il était dans un état tellement critique quand le troisième jour je l'amputai de nouveau, que je n'osai pas le faire transporter à la salle d'opération. Cette seconde amputation, pratiquée à la partie supérieure de la cuisse lui sauva la vie. Il n'y eut aucun mauvais symptôme et le moignon guérit parfaitement. Je suis disposé à croire que l'utilité de l'amputation dans la gangrène sera un jour mieux appréciée et qne l'on aura recours à ce moyen non seulemet dans les cas de gangrène traumatique mais dans tous ceux compliqués de symptômes constitutionnels graves. Si un organe se bonifie tranquillement et que la santé du patient n'en souffre pas, alors il n'y a pas lieu d'intervenir tant que la nature n'indique pas où doit avoir lieu la séparation. Il n'y a là rien à faire et vous devez tout laisser à la nature, Si vous amputez près de la ligne de démarcation le moignon se gangrènera presque certainement et tout ce qu'il vons est permis d'oser dans de semblables cas est de scier les os dénudés. L'insuccès des amputations dans les cas de gangrène traumatique ou autre s'explique dans la plupart des cas, j'en suis convaincu, par le fait qu'on ampute trop près du point malade. Dans les occasions de ce genre on devrait toujours opérer très haut. Si le pied est affecté, opérez au-dessus du genou, si c'est le membre supérieur, amputez près de l'épaule. Il vaut mieux avoir soucis de la vie du patient que de la longueur de son moignon. Me guidant sur cette règle j'ai plus d'une fois, dans ces derniéres années, amputé avec de très bons résultats dans des cas graves de gangrène sénile.—*British medical Journal.—Canada Lancet.*

—

Progrès de la Chirurgie dans le traitement des articulations; épanchement de sang, de sérosité, de pus, luxations anciennes, opérations pour les fractures de rotules, par le Dr Just Lucas Championnière.—Un des progrès de la chirurgie moderne qui surprend le plus au premier abord est celui qui conçerne le traitement chirurgical des articulations. Nous avons pris une assez large part à ce progrès à Paris et nous avons pensé que nous pourrions signaler, en connaissance de cause, les faits remarquables qui montrent la manière toute nouvelle dont il faut aujourd'hui considérer la thérapeutique des maladies et des traumatismes articulaires.

Dans une thèse parue il y a un an et demi un interne distingué des hôpitaux de Paris, le docteur F. Piéchaud, a fait une étude assez complète de ce progrès de la chirurgie (*De la ponction et de l'incision dans les maladies articulaires*). Cette thèse est fort bien faite, et si nous trouvons à lui faire une critique, elle tient surtout à ce qu'un jeune docteur doit parler d'après l'expérience des autres, est obligé de retenir quelques faits anciens affirmés par des maîtres éminents et serait mal venu d'affirmer lui-même, avec la même hardiesse que nous pouvons apporter de par notre expérience propre.

C'est ainsi que voulant tenir compte de ce que l'on réussit à guérir, tant bien que mal, certaines lésions articulaires avec certains pansements, il a voulu comparer les faits de cet ordre aux résultats de la méthode antiseptique.

Si l'on veut tenir du progrès tout ce qu'il peut donner, il faut carrément laisser de côté ces procédés respectables et utiles pour tailler en pleine méthode nouvelle.

Je m'explique. Toutes les fois que l'on agit très proprement, en protégeant bien une plaie articuiaire, on a des chances sérieuses d'obtenir des réunions immédiates et d'éviter les accidents formidables qui caractérisent les accidents articulaires. Mais courir une chance n'est pas assez; c'est dans la sécurité absolue que doit être la puissance de la chirurgie actuelle.

Etant donnée une articulation saine ou lésée, sans contact de l'air, vous pouvez l'ouvrir largement, y faire un traumatisme opératoire, la refermer, sans compromettre la santé du malade, les mouvements de l'articulation, et à plus forte raison la vie du patient, et ceci sera une règle si les préceptes de la chirurgie antiseptique sont bien observés.

Quelles que soient les prétentions de certains procédés de pansement, nous n'oserions jamais, à leur aide, faire le même acte chirurgical.

Dans sa thèse M. Piéchaud a fait une bonne étude générale de la thérapeutique articulaire, mais n'a pas suffisamment insisté sur cette différence frappante, sur la sécurité *absolue* que l'on acquiert, et qui permet des interventions qui seraient coupables sans cela. Si l'on n'était absolument protégé contre l'érysipèle, l'angioleucite et les suppurations comme il le dit on ne pourrait entreprendre les opérations dont nous parlerons plus loin.

Il a indiqué d'abord les épanchements sanguins intra-articulaires. Il conclut à l'utilité des ponctions simples ou phéniquées suivies des lavages intra-articulaires suivant la méthode de Schede. A cela nous ne contredisons pas mais nous restons

en principe plus partisans de l'incision que de la ponction, quoique nous n'ayons pas eu l'occasion de la pratiquer pour ces cas.

Nous n'avons du reste pas pratiqué ces ponctions qui consistent à vider au trocart une articulation et à y faire passer un courant d'eau phéniquée forte de 2 à 4 pour 100. Elles paraissent avoir fort bien réussi dans ces cas, dans l'hydarthrose et même dans l'arthrite purulente.

En ce qui concerne l'hydarthrose chronique il paraît audacieux pour une semblable maladie d'ouvrir largement une articulation comme le genou. C'est une opération préconisée par M. Lister et qui se généralisera beaucoup. En tous cas elle laisse bien loin derrière elle et comme résultat et comme sécurité la ponction simple, ou la ponction avec injection iodée.

Pour les arthrites purulentes que M. Piéchaud étudie ensuite il ne peut y avoir ombre d'hésitation. L'ouverture large occupant toute la partie latérale d'une articulation, et selon les cas des deux côtés, sera suivie d'un nettoyage intra-articulaire parfait avec l'eau phéniquée forte. L'articulation sera refermée et drainée, non avec les drains en séton (point important) mais avec les drains debout. M. Piéchaud rapporte cinq observations tirées de notre pratique dans divers hôpitaux de Paris, et suivies toutes d'un succès complet. Il rapporte aussi un bon nombre d'observations de toutes sortes empruntées à un excellent mémoire inédit du professeur Saxtorph.

La méthode permet encore d'ouvrir une articulation fongueuse, de la débarrasser de ses fongosités et de la refermer sans faire la résection, observations empruntées surtout à Saxtorph et à Letiévant. Cette opération est encore peu connue et peu pratiquée; elle peut être d'un grand avenir, et en tout cas elle est possible sans accidents.

L'ablation des corps étrangers articulaires se fait à ciel ouvert sans danger. Il est vrai qu'on a réussi autrefois dans un certain nombre de cas à la faire sans arthrite aigüe, mais les résultats sont incertains même avec plus de précautions. Avec la méthode antiseptique la sécurité est absolue. Nous avons pour notre part fait une opération que nous n'avons jamais vue citée dans aucune observation, l'ablation d'un corps volumineux par la face postérieure de l'articulation du genou.

M. Piéchaud signale un ordre d'opérations encore dans l'enfance mais certainement plein d'avenir, l'opération avec le couteau pour les luxations anciennes non réduites.

Les opérations de ce genre sont peu nombreuses, celles pour luxation du coude compliquée de fracture (Albert) et luxation de la hanche (Volkman) ont été guéries par de véritables

résections; Lister en a publié une autre de luxation du pied réduite par une résection du col.

Mais il y a des cas où on réduira sans résection aucune des surfaces par l'incision, méthode autrefois recommandée mais dangereuse, aujourd'hui facile et sans accidents. Il a présenté plusieurs résultats très favorables; Volkman a publié des cas analogues.

Dans la thèse de M. Piéchaud une partie considérable est consacré à la méthode antiseptique et au mode spécial d'ouverture de l'articulation du genou.

Nous ajouterons qu'une plaie articulaire faite depuis plusieurs heures ou plusieurs jours peut parfaitement être rendue antiseptique quoique ce ne soit pas une chose certaine. J'ai vu de la sorte guérir sans suppuration des plaies du coude, du genou, des petites articulations; pour l'ouverture des petites articulations dans les grandes plaies de la main et du pied, elle n'empêche en aucune façon la réunion des lambeaux.

Contre cet état redoutable, on a conseillé des moyens qui au premier abord sont moins effrayants, et qui en réalité sont bien plus hasardeux. Nous avons vu la griffe de Malgaigne par exemple déterminer des suppurations articulaires et compromettre beaucoup les fonctions du membre. Nons avons même vu l'appareil de M. Trélat, où les griffes prennent leur point d'appui sur des coussinets de gutta-percha, entraîner des eschares et des suppurations graves.

L'intervention antiseptique radicale bien faite n'exposera à rien de tout cela.

A ceux qui ne se sentiraient pas encore le courage d'aborder franchement cette ouverture du genou, nous rappellerons une sorte de moyen terme qui paraît avoir mené à bien la guérison d'une fracture de la rotule avec grand écartement.

M. de Cock en publie un cas très intéressant dans les *Annales de la Société de Médecine de Gand* sous le nom de procédé de Schede. Voici en deux mots le mode de son opération. C'est la ponction antiseptique telle qne nous l'avons signalée plus haut pour les épanchements de sang, hydarthroses, etc.

Il s'agissait d'un homme tombé d'une hauteur de 10 mètres, présentant une fracture du crâne, fracture avec plaie d'avant-bras, et fracture transversale de la rotule gauche avec un écartement considérable. L'articulation était énormément distendue par le liquide. M. de Cock ponctionna le genou avec un trocart de volume moyen. Il s'écoula 60 grammes de synovie mélangée de sang. A travers le trocart laissé en place, il lava l'articulation avec une solution à 3 pour 100 d'acide phénique jusqu'à ce que le liquide sortît parfaitement pur. La petite plaie fut recouverte de protective et ouate salicylée.

Il était alors absolument facile de rapprocher les fragments rotuliens et de les accoler, ce qui fut fait. Des bandelettes emplastiques et un grand appareil plâtré les maintinrent. Celui-ci fut renouvelé, et, deux mois après, l'appareil étant retiré, on constata la réunion sans écartement appréciable. Le patient n'ayant quitté l'hôpital que quatre mois après l'opération on put constater qu'il marchait très bien, sans écartement.

La revue qui précède suffit à montrer combien nous sommes loin de la chirurgie ancienne, qui avait bien raison d'être timide avec les articulations, car, nous le répétons en terminant, même avec des précautions sérieuses, en dehors de la chirurgie antiseptique, ceux qui voudraient aborder le même champ opératoire pourraient rencontrer un certain nombre de succès, mais à coup sûr aussi des désastres inévitables.

Tout récemment (*British medical journal*, juin 1880) ont été publiés quelques faits bien plus intéressants encore où la hardiesse chirurgicale est plus manifeste, si possible. Il s'agit de faits de fracture de la rotule dans lesquels l'écartement était considérable ; l'articulation a été largement ouverte, les fragments ont été avivés à la scie ; on a percé les fragments et on les a suturés avec un fort fil d'argent.

On a sectionné séparément le peau et une ouverture latérale a été faite pour le drainage. La malade âgée de quarante-trois ans a été opérée le 12 novembre 1880 par M. Lister, cinq semaines après l'accident. Au bout de trente-quatre jours la cicatrice était complète, par-dessus le point de suture osseux. Au bout de quarante jours la malade commença à se lever avec des béquilles. Elle sortit au bout de deux mois et demi. Elle revint au bout de quatre semaines et on fit une incision pour enlever la suture osseuse. Elle marche sans béquille et paraît avoir de la réunion osseuse. Au moins il n'y a aucun écartement entre les fragments.

Dans un second cas de M. Lister opéré le 22 octobre 1880 il s'agissait d'un jeune soldat de 22 ans atteint de fracture de la rotule depuis un an, chez lequel une longue bande fibreuse représentait toute la réunion ; le membre était absolument impotant. M. Lister ouvrit largement le genou, excisa la bande fibreuse, aviva les surfaces rotuliennes par le grattage, fit à la partie postérieure de l'articulation une ouverture pour le drainage, et sutura comme ci-dessus les fragments puis la peau. L'opération échoua, dut être renouvellée, après un mois, toujours sans accident, et la réunion se fit si bien que deux mois après cette nouvelle opération le soldat marchait avec une canne, sans écartement des fragments.

Ces opérations doivent compter au premier rang des plus

hardies qui se puissent faire. Mais il faut bien se rappeler que ce qui les caractérise et les différencie des tentatives opératoires qui les ont précédées, c'est que ce ne sont pas des opérations où le patient ait des chances mortelles à courir. Et cela est tellement évident que, pour notre part, nous sommes convaincus que la réparation sanglante des fractures de la rotule se fera dans une proportion considérable. Le nombre des impotents du fait de cette fracture, malgré les meilleurs appareils, est très grand et il y a là un vaste champ opératoire mais que nous ne conseillons qu'au chirurgien rigoureux dans l'antiseptie.—*Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement de la métrorrhagie. — M. le Dr Gallard, a fait à l'Hôtel-Dieu de Paris, quelques leçons cliniques sur la métorrhagie que le *Praticien* publie dans son Numéro du 17 avril 1882. Nous reproduisons textuellement ce qui regarde l'hémorrhagie reconnaissant pour cause une métrite, une tumeur fibreuse ou un cancer.

Dans le traitement local, les premières indications sont la position horizontale de la malade et les applications froides. Il repousse absolument la chaleur soit en injections vaginales comme d'aucuns les ont préconisées—nous y reviendrons tout-à-l'heure, — soit en applications de manchons remplis d'eau chaude ou de sacs pleins de sable chaud le long de la région lombaire.

Pour M. Gallard, la malade doit être peu couverte, placée dans une chambre convenablemout éclairée et dont la température sera peu élevée. Une vessie remplie d'eau froide ou de glace, fréquemment renouvelée, sera appliquée sur le ventre préalablement recouvert d'une serviette pliée en plusieurs doubles. Il sera fait aussi de grandes irrigations d'eau froide dans le vagin, ou, mieux encore, la malade prendra des bains de siège froids.

Si ces différents moyens ne suffisent pas à arrêter l'écoulement du sang, on aura recours au tamponnement tout détestable qu'il soit, mais qui est encore le seul moyen, dans certains cas, qui puisse être employé avec quelque avantage, bien que, dans le cancer, notamment, il ait aussi pour effet d'irriter les parties snr lesquelles il est exercé.

Pour rendre ce tamponnement le moins fâcheux possible, on le fait au moyen de bourdonnets disposés en queue de cerf-volant, que l'on introduit les uns après les autres en les tassant avec soin pour opposer une véritable digue à l'écoulement sanguin. Il est utile aussi que le premier bourdonnet soit plus petit que les autres, afin qu'il pénètre plus facilement dans l'intérieur du col. Qu'il soit en amadou ou en charpie, trempé dans une solution de perchlorure de fer plus ou moins étendue d'eau selon son intensité. On obtient ainsi une action à la fois mécanique et chimique.

On aura soin, bien entendu, de faire, avant de procéder au tamponnement, des injections fraîches, lesquelles auront pour but de laver la cavité vaginale et de la débarrasser des caillots qu'elle pourrait contenir. Les bourdonnets de charpie ne seront jamais laissés en place plus de trois ou quatre jours, en raison de l'irritation qu'ils produisent et de la putréfaction qu'ils peuvent déterminer. Aussitôt qu'on les a retirés, il faut avoir soin de faire une injection d'eau fraîche légèrement phéniquée ou renfermant un peu de perchlorure de fer.

Si l'on est ainsi parvenu à arrêter toute hémorrhagie, le tamponnement n'a pas besoin d'être renouvelé ; si le sang, au contraire, reparaît, on a de nouveau recours aux bourdonnets de charpie, après avoir laissé reposer la malade pendant une semaine ou deux.

Dans les cas où l'hémorrhagie tient à la fois à une métrite interne et à la présence de fongosités dans la cavité utérine, " on porte directement le perchlorure de fer dans la cavité utérine soit au moyen d'injections, soit avec un pinceau si le col est suffisamment ouvert." La dose de perchlorure de fer pour une injection est de un à deux centimètres cubes. M. Gallard le considère comme un des bons moyens de traitement de la métrorrhagie dépendant d'une métrite aigue.

Tel est le traitement auquel il a recours. Quant au traitement général, un seul médicament lui paraît bon, c'est la digitale qui agit surtout efficacement dans les cas de fièvre et de grande tension artérielle. Il la prescrit en infusion, à la dose de trente à cinquante centigrammes dans 150 à 200 grammes d'eau ; continuée seulement pendant trois ou quatre jours.

Comme nous le disions tout-à-l'heure, un certain nombre d'autres medecins, parmi lesquels nous citerons le professeur Courty (de Montpellier) et le docteur Athill, préconisent au contraire l'eau chaude dans les diverses méthorrhagies. Ainsi, pour le premier, l'emploi d'une injection abondante, aussi chaude que la femme peut la supporter (45 degrés) rend les plus grands services. L'application de la chaleur sur les lombes est aussi très efficace.

Le savant professeur de Montpellier l'a expérimentée si fréquemment qu'il n'élève plus aucun doute sur l'efficacité absolue des injections d'eau chaude contre les hémorrhagies utérines, soit, dit-il, que ces hémorrhagies puissent être définitivement arrêtées, ce qui arrive fréquemment lorsqu'il n'existe aucune lésion organique, soit que l'on parvienne ainsi tout au moins à les suspendre momentanément. Mais l'eau chaude peut faire plus encore : elle peut avoir une véritable action résolutrice ou décongestrice sur l'utérus, de telle sorte que M. Courty la recommande très fréquemment aussi à ses malades atteintes de congestion chronique, de métrite chronique, hypertrophique ou indurée. Ces injections, associées aux moyens ordinaires abrègent la durée de l'affection.

Nous ajouterons encore que cette action hémostatique de l'eau chaude lui paraissant bien prouvée, M. Courty a eu l'idée d'y avoir recours également pour diminuer les chances d'hémorrhagie dans les opérations qui se pratiquent sur le col de l'utérus et dans le vagin. C'est ainsi que, plusieurs jours à l'avance si la chose est possible ou tout au moins plusieurs heures auparavant, il prescrit les injections d'eau chaude, soit dans les opérations de divisions du col pour des cas de dysménorrhée mécanique, soit dans les résections partielles du col et l'autoplastie de l'orifice, soit enfin dans les opérations de fistule vésico-vaginale.

Depuis qu'il a adopté cette pratique, M. le professeur Courty a remarqué, comme nous le disions déjà l'an dernier, que la quantité de sang perdu pendant l'opération, ou immédiatement, après, était infiniment moins considérable qu'elle ne l'est ordinairement dans la majorité des cas. Du reste, on peut observer, avant l'opération, que, grâce à ces injections préventives, la rougeur, le volume et tous les autres symptômes d'hypérémie ou de congestion du col et des autres parties visibles de l'appareil génital, sont singulièrement amoindris. Ces injections doivent se faire sur le bidet avec une pompe qui monte beaucoup d'eau. La malade fera deux ou trois injections par jour, chacune de dix minutes. Elle devra apprendre à bien introduire la canule en suivant la paroi recto-vaginale comme si elle voulait atteindre le dos jusqu'à ce que l'olive de la canule atteigne le cul-de-sac postérieur.

Le docteur Athill a obtenu des résultats à peu près analogues dans les métrorrhagies post-partum. L'eau chaude, pour lui, ne serait pas seulement un puissant hémostatique et un excitant des contractions utérines, mais encore un stimulant général. Elle débarrasserait aussi plus facilement l'utérus des caillots, des portions de membranes qui pourraient être restées

dans sa cavité. L'eau doit, comme pour M. Courty, être aussi chaude que la main peut la supporter, c'est-à-dire à une température de 45 degrés environ, et l'injection doit être faite à plein courant au moyen d'une seringue siphon ordinaire et continuée jusqu'à ce qu'une bonne contraction utérine se produise et que l'eau s'en retourne claire et incolore.

Les conditions dans lesquelles l'expérience a démontré au docteur Athill les heureux effets de l'eau chaude sont les suivantes :

1° Si dans les cas d'hémorrhagie violente et subite chez une femme forte et pléthorique, il vaut mieux faire d'abord usage du froid, par contre, lorsque, à la suite de l'emploi maladroit ou prolongé du froid, on trouve la patiente grelottante et abattue, l'injection d'eau chaude est d'un avantage rapide et remarquable; 2° chez les femmes anémiques nerveuses et abattues, l'eau chaude peut être injectée dans la cavité utérine dès le début et sans l'emploi préalable du froid : 3° dans les cas d'avortement, lorsque, par suite de l'utérus, l'œuf, bien que séparé de la paroi de l'organe utérin, est retenu complètement ou partiellement, l'injection d'eau chaude est généralement suivie des meilleurs résultats : 4° quand l'injection de perchlorure de fer a été nécessaire, les injections d'eau chaude débarrassent l'utérus des caillots, des fragments de membranes, etc. qu'il renferme et permettent au liquide astringent d'arriver directement en contact avec la surface saignante, elles diminuent aussi les chances de l'absorption septique.

Nous pourrions encore citer l'opinion du docteur Hunter pour qui l'eau chaude a non-seulement l'avantage d'arrêter plus rapidement l'écoulement sanguin que l'eau froide, mais a encore celui de favoriser le maintien de la température générale et de combattre ainsi toutes les influences déprimantes liées à une opération.

Nous avons tenu à mettre en regard les deux systèmes par l'eau froide et par l'eau chaude, laissant à nos confrères le soin d'adopier celui des deux qu'ils croiront devoir leur donner les meilleurs résultats. Quant a nous, dans le plus grand nombre des cas nous n'hésiterons pas à avoir recours à l'eau chaude.

—

De la dilatation manuelle pour provoqner l'accouchementrapide dans l'éclampsie.—Nous publions l'opinion du Dr Leriche de Macon, sur cette question pratique; nous empruntons cette publicatiou au *Praticien* du 10 avril dernier.

J'ai déjà insisté dans ce journal sur le danger qu'il y avait à attendre la dilatation spontanée ou lente du col utérin pour extraire le fœtus chez une femme éclamptique et sur la possibilité de provoquer l'accouchement rapide par la dilatation exclusivement manuelle.

J'ai rapporté à cet effet (*Gazette des hôpitaux*, 1866, nº 138) le cas d'une femme enceinte de huit mois que j'avais accouchée en deux heures en faisant la dilatation digitale et la version.

Le fait suivant, dans lequel l'enfant a pu être sauvé, pourra contribuer, je l'espère, à démontrer aux praticiens l'utilité de de ce mode d'invention.

Éclampsie à terme, coma; accouchement rapide provoqué par la dilatation digitale, suivie d'une applicatipn de forceps; enfant vivant.—Mme F... (de Crèches), jeune femme de vingt-un ans, primipare, à terme, est prise de crises éclamptiques dans la nuit du 12 au 13 février 1882, vers deux heures du matin.

Le médecin de la localité, confrère très éclairé, est appelé entre cinq et six heures; il constate de l'albuminurie et s'empresse d'appliquer le traitement classique de l'éclampsie: saignée du bras, puis chloroformisation; la sage-femme y ajoute une injection sous-cutanée de morphine. Sous l'influence de ces divers moyens, la violence des convulsions diminue, mais pour faire place a un état comateux avec stertor dans lequel la malade tombe vers onze heures du matin. Un autre médecin appelé de Mâcon, voit la malade dans le même moment et se retire en disant qu'il faut attendre.

J'arrive à quatre heures du soir. Le stertor n'a pas cessé: aux sollicitations et aux flagellations faites dans le but de l'éveiller, la malade ne répond qu'en entr'ouvrant les yeux à grand'peine et en remuant la tête: elle se contracte violemment quand on la découvre ou qu'on cherche à l'examiner.

Je déclare la nécessité immédiate de l'accouchement forcé. Une demi-heure est employée à vaincre l'hésitation de la famille et à faire les préparatifs nécessaires; à quatre heures et demie je puis opérer.

La malade est placée en travers sur une table et chloroformisée jusqu'a ce qu'elle ne se contracte plus (effet obtenu en moins de dix minutes). Je constate alors que l'enfant est vivant, qu'il se présente en première position du sommet, que le col utérin est effacé, ramolli, mais que la dilatation est à peine commencée: l'orifice est a peu près comparable à une pièce de 20 centimes.

Je réussis à faire pénétrer l'extrémité de l'index droit dans cette ouverture, que je tiraille en divers sens: bientôt je puis placer, à côté de l'index, le médius, puis le pouce; j'exerce une

dilatation énergique et je sens à mesure que les lèvres du col cèdent avec de très légères déchirures ; en dix minutes environ, je suis arrivé à obtenir un passage suffisant pour introduire une branche du petit forceps. La première branche appliquée, la seconde peut être placée sans difficulté ; j'articule et je tire. Quand la tête est dans l'excavation, la vulve étant étroite et rigide, je fais avec les ciseaux un débridement bilatéral sur la fourchette et j'extrais un enfant mâle de volume moyen.

Cet enfant était violet en état de mort apparente ; je laisse saigner un peu la cordon et je pratique la respiration artificielle pendant quelques minutes. Bientôt l'enfant commence à crier : je l'abandonne à la sage femme et je fais la délivrance, cinq minutes après l'accouchement.

Les manœuvres nécessaires pour obtenir la sortie du fœtus avaient duré vingt-cinq minutes.

J'applique un point de suture métallique sur chacune des incisions vulvaires, et la malade est reportée dans son lit. L'utérus se contracte bien, il y a une perte modérée. La quantité de chloroforme employé par moi a été d'environ 18 grammes (deux cuillerées à café).

Immédiatement après l'accouchement et la délivrance, le stertor paraît diminuer un peu ; la malade répond par un murmure vague aux questions qu'on lui fait. Mais au bout d'une demi-heure environ, le coma augmente, et la malade s'éteint sans avoir repris de crises convulsives, à dix heures du soir, cinq heures après l'accouchement.

Quant à l'enfant mis en nourrice le lendemain, j'ai su qu'il était toujours vivant le 21 février.

Je voudrais aller au-devant d'une objection possible : les malades de mes deux observations ayant été accouchées pendant le coma, on pourrait penser que le relâchement agonique des tissus a seul permis la dilatation et que ce moyen n'est applicable que sur les femmes au moment de succomber. Mais je ferai observer d'abord que ma malade de 1876 a vécu plus de quatre jours après sa délivrance ; quant à la dernière, bien que la mort soit survenue au bout de cinq heures, la parfaite rétraction de la matrice après l'accouchement indiquait que la contractilité des fibres utérines était loin d'être éteinte.

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

—

Traitement de l'eczéma génital.—(DEVERGIE).

Alun	10 à 20 gr.
Eau	500 —
Ou bien :	
Sublimé	10 à 15 centig.
Eau	500 gr.

En lotions trois fois par jour.

—

Dipsomanie. (BARTHOLOW) :—

℞ Tinc. Capsici	ʒi
Tinc: Nucis vomicæ	ʒii

M. Sig.—Vingt gouttes dans un peu d'eau toutes les quatre heures.

—

Formule contre la dyspepsie.—(Dr HUGO ENGEL).

Bicarbonate de soude	30 gr.
Teinture de noix vomique	8 —
Teinture de gentiane composée...	60 gr.
Teinture de rhubarbe	

M. S. A.

—

Traitement de la coqueluche.—(DUJARDIN-BEAUMETZ).

Bromure de potassium	2 gr.
Bromure de sodium	4 —
Bromure d'ammonium	2 —
Eau	60 —
Sirop de chloral	50 —

F. S. A.

Une potion, dont l'enfant prendra trois fois par jour une cuiller à dessert dans un verre de lait chaud additionné d'un jaune d'œuf.

———

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUIN 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

Hôpital Notre-Dame.

Il nous fait plaisir d'apprendre que les administrateurs de l'hôpital Notre-Dame ont décidé tout dernièrement de faire préparer un plus grand nombre de chambres pour les malades *payants* de cette institution. Ainsi le nombre des chambres ou salles privées qui jusqu'à présent n'était que de sept va être incessamment porté à dix-sept.

Personne, croyons-nous, n'ignore l'utilité ou mieux la nécessité qu'il y a pour un hôpital de pouvoir mettre ainsi des salles privées à la disposition des malades qui sont en état de donner une juste rémunération pour les soins qui leur sont prodigués.

Trois catégories de personnes bénéficient nécessairement de cet état de choses. En premier lieu ce sont les occupants des nombreuses maisons de pension de la ville. Qu'un de ces malheureux pensionnaires tombe frappé de quelque maladie grave, péritonite, pneumonie, etc, quel soin doit-il s'attendre à recevoir dans un intérieur où, malgré toute la bonne volonté et tout le dévouement possibles, on ne pourra ou on ne saura pas lui donner l'attention nécessaire, ni remplir à la lettre les prescriptions parfois multiples du médecin, savoir: renouveler des applications ou administrer des remèdes d'heure en heure, etc. ?

Viennent ensuite les étrangers qui encombrent nos *hôtels* surtout durant la belle saison. S'il leur arrive de tomber subitement malades, de se fracturer une jambe, etc., et qu'il devienne impossible de les faire transporter à leur domicile, ce n'est certes pas dans un hôtel qu'ils auront les soins requis ; le repos et la tranquillité leur feront tout particulièrement défaut.

Pour ces deux classes de malades les chambres privées d'un hôpital deviennent donc d'une nécessité presque indispensable

Là les secours de tout genre leur seront donnés par des mains compétentes et entendues. Là ils auront le service diurne et nocturne des infirmiers, et les secours de l'art pour ainsi dire à portée de main. En même temps leur est assuré ce repos complet et absolu dont ont besoin tant de malades. De plus, point important à noter, il leur est permis à l'Hôpital Notre-Dame, de recevoir les soins de n'importe quel médecin de leur choix, qu'il appartienne ou non au corps des médecins visiteurs de l'institution. Ce dernier avantage sera peut-être d'autant mieux apprécié que dans les autres hôpitaux de notre ville on ne permet pas aux malades payants de se faire traiter par des médecins étrangers au bureau des médecins attachés à l'hôpital.

Enfin, une troisième catégorie de malades doit profiter des avantages offerts par le système que nous examinons. Ce sont ceux qui résident à la campagne, à qui leur médecin recommande le séjour dans un hôpital pour qu'ils y puissent suivre quelque traitement particulier. et qui, cela va sans dire sont dans une position de fortune leur permettant de faire la chose. Chaque jour les médecins de campagne dirigent vers les hôpitaux des grands centres des malades pauvres dont l'état et la maladie exigent des soins spéciaux qu'on ne peut se procurer que dans les institutions de ce genre. Pourquoi n'y enverraient-ils pas aussi les malades qui, plus favorisés du côté de la fortune, ont également besoin de ces soins particuliers?

Le système des chambres privées, tel qu'il existe à l'Hôpital Notre-Dame est absolument analogue à celui des *maisons de santé* établies en France, et partout où il a été établi il a donné les meilleurs résultats. (1) Les avantages du service médical et chirurgical sont même plus considérables à l'Hôpital Notre-Dame que partout ailleurs. Ainsi, comme nous l'avons dit, les malades privés peuvent appeler auprès d'eux le médecin de leur choix, à quelqu'école ou à quelqu'institution qu'il appartienne. De plus deux médecins résident continuellement à l'Hôpital, ce qui est d'un grand avantage pour les cas d'urgence, d'accident, etc. Enfin l'Hôpital est en communication directe par téléphone avec plusieurs des médecins visiteurs, de sorte que ceux-ci peuvent être appelés promptement à toute heure du jour ou de la nuit.

Nous formons des vœux pour que le système en question ayant durant les deux dernières années donné de si heureux résultats, en donne de plus heureux encore par l'addition de nouvelles salles privées.

---

(1) *Vide* Pay Hospitals and pay-wards throughout the world, by Henry C. Burdett, London 1879.

Non possumus !

Nous lisons dans le *Scalpel* de Liége (7 mai 1882) :

" *Un comble médical :* Sous ce titre. l'*Union Médicale du* " *Canada*, qui se publie à Montréal, reproduit une circulaire " par laquelle un jeune médecin annonce son installation et se " recommande au public. A la lecture de cette pièce, en croira- " t-on ses yeux ? C'est ce qui l'a fait considérer comme un " comble par notre confrère. L'association, dans des termes " fermes et puissants peut seule prévenir de tels écarts. Quel " est le médecin assez audacieux pour s'exposer, de gaieté de " cœur à être répudié et placé au banc de la généralité de ses " confrères ? Qu'on lise donc cette pancarte."

Puis le *Scalpel* reproduit *in extenso* la circulaire du Dr L, et la fait suivre des remarques que nous avait inspirées, dans le temps, ce singulier manifeste.

Notre confrère du *Scalpel* ignore sans doute que de ce côté-ci de l'Atlantique la liberté individuelle et professionsionnelle est si grande que, en dépit de tous les codes d'éthique médicale connus, les écarts du genre de celui que nous avons signalé se commettent assez souvent et que nous sommes à peu près impuissants à les réprimer. Il n'existe pas parmi nous d'association qui, comme celle du *Concours Médical* ou de la *Fédération Médicale*, ait pour but spécial d'établir et de maintenir entre confrères les bonnes relations et les rapports qui doivent exister entre personnes appartenant à la même profession, en même temps que de sauvegarder la dignité et l'honneur du corps médical. Ces divers attributs appartiennent vraisemblablement au bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province. Or le bureau a bien d'autre chose à faire. Force nous est donc de rester passifs spectateurs de cet étrange ordre de choses et de laisser les Drs L... et autres répandre à pleines mains leurs attrayantes pancartes, tout comme nous laissons une foule de gens s'ériger en vendeurs de racines et débiter en paix aux badeaux leurs tisanes *sauvages* et leurs liniments *anti-douloureux*.

Un abus.

Il y a quelques semaines nous lisions sur un journal politique de la ville, l'entrefilet suivant :

" *Opération chirurgicale*—Hier à l'Hôtel-Dieu, le Dr Brunelle,

professeur de chirurgie à l'Ecole de Médecine de Montréal assisté des Drs Hingston et Beaudry a fait l'ablation d'une très grosse tumeur sur un patient qui avait été d'abord sous les soins du Dr Landry, professeur de l'Université-Laval de Québec."

Nous ne voudrions pas faire à aucun de nos trois estimables et savants confrères ci-dessus nommés l'injure de leur attribuer la paternité d'un pareil fait-nouvelle. Leurs talents et leur réputation les dispensent de songer à faire circuler d'aussi mesquines réclames. L'auteur, quelqu'il soit ne sait assurément pas qu'il existe un code d'étiquette médicale et s'acquitte probablement de la chose en toute sincérité de conscience avec l'intention de faire plaisir aux messieurs en cause ou de solder une dette de reconnaissance. L'X est probablement un de ces gens qui vous disent: " Docteur si vous sauvez ma femme, votre nom ira sur les papiers " et qui oublient de payer vos honoraires. Ce qu'il y a de plus fort dans l'entrefilet c'est le nom du Dr Landry qui arrive impromptu. Mais il ne faut pas en tenir rancune à l'auteur; il ne lui est assurément pas venu à l'idée que certains lecteurs mal intentionnés pourraient se dire: " Mais c'est étrange, le Dr Landry qui jouit d'une si bonne réputation, comment se fait-il? Heureusement, le malade a eu la bonne idée de s'adresser ailleurs "... Que voulez-vous on ne pense pas à tout.

Au reste, ce n'est pas la première fois que nos journaux politiques se font l'écbo de réclames aussi peu conformes à la dignité professionnelle et nous ne sommes pas non plus les seuls à nous en plaindre. Dans un article intitulé: " *Does it pay?* " le *Canadian Journal of Medical Science* dénonce en termes énergiques un abus qui, dit-il ne peut être qu'offensant et injurieux pour la profession médicale.

Petite Correspondance.

" Margarate " Québec. Il n'est pas à notre connaissance qu'aucune substance, administrée en injection hypodermique puisse faire résorber le tissu adipeux qui, dans la polysacrie, s'accumule parfois de préférence en certains endroits, Aucun auteur à nous connu ne mentionne la chose. La question serait de savoir si une substance quelconque pourrait faire résorber localement le tissu adipeux sans entraîner en même temps la mortification du tissu cellulaire.

Bibliographie.

The Transactions of the American Medical Association, vol. 32, Philadelphia.

Dans ce volume sont traitées plusieurs questions du plus haut intérêt telles que : La saignée dans la pneumonie, Wile ; nature et traitement de la pneumonie, Dabney ; traitement mécanique des déplacements et des maladies de l'utérus, Cole ; maladies contagieuses aigües et infections, Jacobi ; étude expérimentale et clinique de l'étiologie et des caractères distinctifs de la fièvre traumatique, Watson ; pustule maligne de la lèvre, Teale ; arthrite de l'articulation temporo-maxillaire, Goodwillie, etc., etc.

En somme ce volume qui résume les travaux de l'élite de la profession médicale américaine et les progrès de la médecine pendant l'année qui vient de finir, est digne de ceux qui l'ont précédé et peut figurer avec honneur sur le même rayon que nos auteurs classiques.

Brochures reçues.

Fund Mustren Ophthalmologischer Wir-Samkit, Von Dr Med. Albert Mooren.

Rapport sur le service de l'Asile d'Aliénés de Québec, imprimé par ordre de la Législature.

Genius resistless. An Ode. A Tribute to Jenner and Pasteur, by J. J. Caldwell, M.D.

The Death rate of Memphis, by G. E. Waring, jr.

Judicial Reforms, first report, 1 vol. in 8o pp. 262, Québec 1882.

Electricity in Medecine and Surgery with cases to illustrate, by John J. Caldwell, M.D. Baltimore, Maryland.

Etude critique d'Etiologie et de Pathogénie utérine ; Présentation d'un nouvel hystéromètre, par le Dr P. Ménière, (d'Angers). brochure de 34 pages, Paris, chez Asselin, 1881.

Nécrologie.

Nous apprenons avec un profond regret la mort de M. le Dr Geo. W. Campbell et nous nous associons de tout cœur à la motion de condoléance passée par la Société médico-chirurgicale de Montréal à sa séance du 9 courant.

Proposé et unanimement résolu: Que la Société médico-chirurgicale de Montréal a appris avec un profond regret la mort inattendue de George W. Campbell, A.M., M.D., L.L.D., Professeur émérite de chirurgie et doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill et pendant plusieurs années membre de cette société et son premier président lors de sa réorganisation. Médecin praticien en cette ville, depuis près de cinquante ans, il sut toujours conserver la confiance, le respect et l'admiration de ses confrères de la génération passée et de la présente par ses éminentes qualités comme médecin et chirurgien; par sa loyauté et sa délicatesse à l'égard des collègues avec lesquels il était appelé en consultation; par ses rapports remplis d'égards et de bonté avec tous, mais surtout avec les plus jeunes membres de la profession.

Que c'est avec un profond chagrin que cette Société présente ses sentiments de condoléance à Mme Campbell et à sa famille dans la navrante affliction que leur cause la perte d'un tel époux et d'un tel père, et qu'elle désire leur donner l'assurance que la profession médicale de cette ville et de tout le pays apprécie dignement la grandeur de la perte qu'elle vient de subir.

NOUVELLES MÉDICALES.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

L'assemblée sémi-annuelle du bureau des gouverneurs de ce Collège a eu lieu le 10 mai dernier à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, sous la présidence du Dr R. P. Howard.

Tous les gouverneurs du Collège moins six étaient présents.

Des résolutions de condoléance ont été passées au sujet de la mort des Drs P. A. C. Munro et J. G. Bibaud, de Montréal, et du Dr Dubé de la Rivière-du-Loup.

Le Président informe le Bureau que des amendements importants ont été faits à l'*Acte Médical* durant la dernière session du Parlement provincial, et que ces amendements ont été approuvés par les gouverneurs représentant les cités de Montréal et Québec dans le collège. Le tarif adopté par le bureau et qui n'avait force de loi que depuis un an a été abrogé par la législature qui a cependant laissé au Bureau le droit de faire un nouveau tarif.

Sur rapport du Bureau d'Examen préliminaire les messieurs dont les noms suivent sont admis à l'étude de la médecine: Alfred Létourneau, Ernest Choquette, Albert Rolland, Ovide Ostigny, C. Collet, John L. Duffett, Touseaint Charron, G. Pilon, F. Canac Marquis, Jules Laberge, J. M. Roy, Alex. Boucher, Alfred Poole, A. Faucher de St Maurice, Aquilus Cheval, Auguste F. Schmidt, W. Hénault, H. Dauth, A. Barnard, J. B. Gibson, Hercule Roy, Eugène McKay, A. Delisle, J. Rodier, A. N. Worthington, M. Chs Rochon et L. J. N. Delorme (27).

Vingt-et-un candidats sont refusés.

Les assesseurs nommés par le Bureau pour surveiller les examens dans les différentes écoles de médecine présentent leurs rapports qui sont tous favorables.

M. Lamirande fait rapport que durant les six derniers mois vingt-deux actions ont été instituées devant les cours de justice contre des personnes exerçant illégalement la médecine. Onze causes ont été gagnées par le Bureau, quatre ont été renvoyées et sept sont encore en voie de progrès.

Un comité spécial nommé lors de la dernière assemblée pour s'enquérir de certains faits concernant M. le Dr A. M. Ross, fait rapport que les dispositions de l'*acte médical* actuel ne permettent pas au bureau d'agir dans cette affaire, et suggère que la clause suivante soit proposée comme amendement à l'acte médical :

Tout médecin enregistré qui sera convaincu de quelque félonie devant aucune cour de justice ou qui aura tenu une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel verra son nom effacé du régistre des médecins, et le régistrateur aura le pouvoir de refuser l'enrégistrement de toute personne qui aura été convaincue de quelque félonie devant aucune cour de justice ou qui aura tenu une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel, tel qu'il vient d'être dit.

Un comité est nommé pour préparer un nouveau tarif. Il est composé comme suit : Drs Lemieux et Parke (Québec), Drs Lachapelle et F. N. Campbell (Montréal), Dr Perrault (Longue Pointe), Dr Prévost (St Jérôme), Dr Ladouceur (Sorel). et Dr Worthington (Sherbrooke).

Mesdames Mary Davies, Mary Bohme, Jessie McNab, Margaret Miller, Elisabeth Sutherland, Sophie Husson et Emily Harris reçoivent, après examen, une license leur permettant de pratiquer comme sages-femmes.

Les messieurs dont les noms suivent reçoivent, sur présentation de leurs diplômes, la licence du Collège;

Université Laval, (Québec) :—Albert Marois M.D., Joseph A Marcoux MD, A C Hamel MD, Québec.

Université Laval (Montréél) :—Isaie Cormier MD, Montréal; Joseph Cuerrier MD, Coteau Landing; Ovila Malette MD, Montréal.

Université McGill :—A A Henderson MD, Ottawa; Wm Stephen MD, Montréal; Alex D Struthers M D, New Richmond, Q; Alex H Dunlop M D, Pembroke, O; Robt H Klock M D, Aylmer, PQ; Wm G Duncan M D, Granby: Wm B Burland M.D, Port Kent, N.-Y, E-U; R C McCorkill M.D, Farnham.

Université Bishop :—Walter J Prendergast M D Montréal; Ninian C Smillie M D Montréal; James L Foley M D, L R C P Lond, Montréal; Wm D M Bell M D, Ottawa.

Collège Victoria :—Fred Saint Jacques M D, Sainte Anne des Plaines; J B Leroy M D, Montréal; Joseph H Lanthier M D, Saint Pie; Félix P Vanier M D, Saint Nartin; Samuel K Kelley M D, Bingsey; J B Maillet M D, Memramcook N B; Alex Smith M D, Wright; Horace Manseau M D, Montréal; Napoléon Dubeau M D, St Gabriel de Brandon.

Et la séance est levée.

Loi médicale.—Nous publions sous forme de supplément à la présente livraison l'" Acte concernant la profession médicale " avec les derniers amendements que la Législature vient de sanctionner. Ce document est d'une telle importance pour chacun de nous, que nous nous ferons un devoir de le republier en entier chaque fois qu'on y apportera des changements d'intérêt général. De cette façon chacun pourra se renseigner d'un coup-d'œil et sans crainte de s'égarer dans le dédale des amendements.

—MM. E. J. Barbeau et L. A. Senécal et MM. les Drs J. P. Rottot, E. P. Lachapelle et H. E. Desrosiers ont été nommés *gouverneurs à vie* de l'Hôpital.

Hôpital Notre-Dame.—Le Bureau des Gouverneurs de l'Hôpital Notre-Dame vient de faire l'acquisition de l'ancien Hotel Donegana pour la somme de $30,000. L'existence de l'institution est désormais assurée. Après deux ans d'existence c'est un assez joli succès. Il faut croire que ce troisième hôpital n'est pas inutile.

Université Laval, Montréal. — Les examens pour la licence en médecine (1ère et 2e épreuves) auront lieu du 15 au 23 courant.

MARIAGES.

A Paris, le 27 avril dernier, M. Flavien Dupont, docteur en médecine et lauréat de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Montréal) (classe de 1879,) à Mademoiselle Marie Therèse Lantelme.

En cette ville, le 2 mai dernier, M. le Dr A. A. Foucher, professeur à l'Université-Laval (Montréal) à Mademoiselle Lumina Rolland, troisième fille de J. B. Rolland, écr.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. l'abbé L. Beaudet, vice-recteur de l'Université-Laval.

En cette ville, le 7 courant, au No. 1145 rue Dorchester, par le Rév. George H. Wells, William Gardner, M.D., à Mademoiselle Jennie, fille de Augustin Cantin, Ecr.

DÉCES.

A Vaudreuil, le 2 mai, à l'âge de 8 ans 7 mois et quelques jours, Marie Joséphine Alma, enfant du Dr Ls. Jos. Avila Valois.

A Manchester, N.H., le 6 mai, Jean Alfred Majeau, M.D., à l'âge de 32 ans, 4 mois et 23 jours.

En cette ville, le 25 mai, à l'âge de 23 ans, M. Odilon Etue Duvivier, élève en médecine à l'Université-Laval.

En cette ville, le 28 mai à l'âge de 22 mois, Joseph-Edmond-Raoul, enfant du Docteur J. Alf. Laramée.

SUPPLEMENT DE L'UNION MEDICALE.[1]

Acte pour amender et refondre de nouveau, les actes concernant la profession médicale et la chirurgie, dans la province de Québec.

Attendu qu'il est nécessaire d'amender et refondre de nouveau, les lois maintenant en force dans la Province de Québec, pour régler les qualifications et l'examen des candidats à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, pour l'enregistrement des praticiens en médecine, et pour l'infliction de pénalités aux personnes enfreignant les dispositions de cet acte concernant la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique; En conséquence, Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement de la Législature de Québec, décrète ce qui suit:

1. Depuis et après la passation du présent acte, l'acte ou ordonnance du conseil législatif de la ci-devant province de Québec, passé dans la vingt-huitième année du règne de feu Sa Majesté le Roi George Trois, et intitulé : " Acte ou Ordonnance qui défend à qui que ce soit de pratiquer la Médecine et la Chirurgie dans la Province de Québec, ou la profession d'Accoucheur dans les villes de Québec et Montréal, sans une permission," et tous autres actes ou parties d'actes qui se rapportent, en aucune manière, à la pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'art obstétrique dans la province de Québec, ou qui se rapporte, en aucune manière, au mode d'obtenir des licences pour y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, ainsi que l'acte 40 Vict., chap. 26, intitulé : " Acte pour amender et refondre les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la Province de Québec," sanctionné le 28 décembre 1876, seront et sont par le présent abrogés, excepté pour ce qui regarde toute contravention aux dits actes ou à aucun d'eux avant la passation du présent acte, ou à toute amende ou pénalité encourue par suite de telle offense.

2. Toute personne résidant dans la province de Québec, autorisée à y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, et qui à l'époque de la passation du présent acte, aura été enregistrée

(1) Nous avons mis en italique les derniers amendements à la loi médicale.—(NOTE ÉDIT.)

sous l'acte 40 Vict. chap. 26, et toute personne résidant dans la province de Québec et licenciée à y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, qui à l'époque de la passation de cet acte, n'aura pas été enregistrée sous l'acte 40 Vict,, Chap. 26 mais qui sera ci-après enregistrée en vertu du présent acte,—et toute personne qui pourra ci-après obtenir une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obtétrique, dans cette province, et qui deviendra enregistrée en vertu du présent acte,seront constitués en corps politique et incorporé sous le nom de " COLLÉGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC ; " et ils auront, sous ce nom, succession perpétuelle et un sceau commun, avec droit de le changer, de l'altérer, le détruire ou le renouveler; et ils pourront, eux et leurs successeurs, sous le nom susdit, poursuivre, plaider et de défendre et ester en justice dans toutes les cours et places quelconques, et seront habiles en loi, sous le nom susdit, à posséder, à recevoir, et conserver pour les fins du dit acte, l'avantage du collége, toutes sommes de deniers qui ont été ou seront, en aucun temps ci-après, payées, données ou léguées au dit collége et pour son usage ; ils pourront, en aucun temps ci-après, sous le dit nom, et sans lettres d'amortissement, acquérir, prendre, recevoir, avoir, tenir et posséder des terres, ténemens ou héritages, et en jouir, ainsi que les profits et intérêts qui en proviendront pour les fins du dit collége et pour nulle autre fin quelconque : pourront les vendre, concéder, louer, léguer, aliéner ou en disposer, et faire à cet égard, tout ce que de droit ; pourvu toujours, que la valeur des biens immeubles ainsi possédés par la dite corporation, n'excèdera en aucun temps, la somme de vingt mille piastres.

" *La dite corporation aura deux bureaux d'affaires, l'un dans la cité de Québec, et l'autre dans la cité de Montréal, au bureau même des secrétaires du collége nommés en vertu de l'article 1er du chapitre 2 de ses statuts, règles et règlements.*

L'assignation de la dite corporation se fera à l'un ou à l'autre de ces bureaux indistinctement, en parlant à un employé d'icelui, et dans toute procédure, le domicile de cette corporation sera suffisamment désigné par les mots suivants : " ayant un bureau d'affaire, dans chacune des cités de Québec et de Montréal."

3. Depuis et après la passation du présent acte, les personnes qui composent le collége des médecins et chirurgiens, seront dénommées MEMBRES DU COLLÉGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

4. Les affaires du dit collége, seront régies par un bureau de gouverneurs, au nombre de quarante, et élus pour trois ans ainsi qu'établi ci-après, savoir : — quinze seront choisis parmi les membres du collége résidant dans le district de Québec, dix-neuf parmi ses membres résidant dans le district de Montréal, trois

parmi ses membres résidant dans le district des Trois-Rivières et trois parmi ses membres résidant dans le district de Saint-François ; et des membres du dit bureau des gouverneurs pas moins ni plus de huit résideront dans la ville de Québec et pas moins ni plus de dix résideront dans la Cité de Montréal, pourvu toujours que : l'Université Laval, à Québec, en nommera deux qui seront choisis parmi les membres du collége, résidant dans la cité de Québec ; — l'Université Laval, à Montréal, en nommera deux ; — l'Université McGill, deux ; — l'Université de Bishop's college, deux, et l'Ecole Incorporée de médecine et de chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université du Collége Victoria, ou avec toute autre université britannique, deux ; lesquels dits gouverneurs ainsi nommés seront choisis parmi les membres du dit collége des médecins et chirurgiens, résidant dans la cité de Montréal. Les gouverneurs qui devront être nommés par les institutions mentionnées dans cette section, ne seront pas tenus de faire confirmer ou approuver leur nomination par le dit collége, mais sur présentation de leur certificat de nomination, auront droit de prendre leurs siéges et d'entrer en fonction.

Dans les cas où aucune des université, colléges ou écoles de médecine incorporées maintenant existant dans la province de Québec, cesserait d'enseigner aux étudiants la science de la médecine, le pouvoir de nommer des délégués, comme ci-haut pourvu, cessera *ipso facto* et ne pourra revivre que quand ces institutions ou aucunes d'elles, reprendront de bonne foi leur enseignement.

A chaque élection du bureau des gouverneurs, chaque membre de la dite corporation aura le droit de voter par procuration ;

2. Des districts susdits, le district de Québec comprendra les districts judiciaires actuels de Québec, Gaspé, Saguenay, Chicoutimi, Rimouski, Montmagny, Beauce et Kamouraska ; le district de Montréal comprendra les districts judiciaires actuels de Montréal, Terrebonne, Joliette, Richelieu, Bedford, Saint-Hyacinthe, Iberville, Beauharnois et Ottawa ; le district des Trois-Rivières comprendra les districts judiciaires actuels des Trois Rivières et Arthabaska ; et le district de Saint-François comprendra le présent district judiciaire de Saint-François ;

3. Les membres du bureau des gouverneurs seront élus pour une période de trois ans, mais tout membre pourra, en tout temps, donner sa démission par lettre adressée au secrétaire du dit bureau, le secrétaire devra incontinent en notifier l'université ou le corps où telle vacance surviendra, et telle université ou corps, pourra nommer une autre personne qualifiée pour remplir cette vacance ; ou si la vacance est causée par la mort, la démission ou le départ d'une ville ou d'un district formant la circonscription électorale d'un membre élu par les cités ou districts, le bureau des gouverneur, remplira telle vacance, à la première assemblée après que cette vacance sera survenue, en élisant au scrutin, un des mem-

bres éligibles du collége, de la cité ou district où telle vacance sera survenue, et dans le cas où aucune vacance surviendrait dans le bureau des gouverneurs, en conséquence d'aucune de ces institutions cessant d'enseigner, la place de tels gouverneurs, sera remplie de la même manière, parmi les membres du dit collége résidant dans la cité dans laquelle telle institution était située, durant la suspension d'enseigner de telle institution, ainsi que ci-dessus énoncé; et durant aucune telle vacance le bureau des gouverneurs pourra exercer les pouvoirs du bureau ci-après mentionnés.

5. Le dit bureau des gouverneurs sera, et il est par le présent constitué, LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE; et il s'assemblera, en cette qualité, pour remplir les divers devoirs qui lui sont imposés par cet acte, en sa qualité de bureau des gouverneurs du collége, pas moins de deux fois chaque année, à tel lieu et à tel endroit qui seront par le dit bureau, jugés les plus convenables; et dans ces occasions, sept membres formeront un quorum pour la transaction des affaires.

6. Depuis et après la passation du présent acte, aucune personne ne pratiquera la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, dans la province de Québec, à moins d'avoir obtenu une licence du bureau provincial de médecine, qui est par le présent autorisé à accorder la dite licence *et sans être enregistré conformément aux dispositions de cet acte.*

7. Toute personne ayant obtenu ou qui obtiendra ci-après un degré ou diplôme de médecine, dans une des universités ou écoles mentionnées, à la quatrième section du présent acte, aura droit à telle licence, sans examen, quant à ses connaissances et habilité en médecine; pourvu que tel diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'étude médicale, depuis la date de l'admission à l'étude, et suivant les exigences de la loi actuelle; pourvu aussi que "LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE" aura le pouvoir d'accorder le même privilége aux porteurs de degrés ou de diplôme de médecine et de chirurgie d'autres universités et colléges britanniques, ou des colonies ou de France.

8. Depuis et après la passation du présent acte, personne ne sera admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, avant d'avoir obtenu un certificat de qualification du dit bureau provincial de médecine.

Et personne n'aura droit à une licence du collége sur présentation d'un diplôme, à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions du présent

acte, ou à moins qu'il n'ait subi un examen préliminaire équivalent, devant un collége, une école ou un bureau autorisé par la loi à exiger et faire subir de tels examens préliminaires dans les possessions de Sa Majesté britannique, ailleurs que dans la province de Québec et acceptables au bureau créé par le présent acte.

9. A la première assemblée régulière du dit bureau, après la passation de cet acte, le bureau provincial de médecine nommera pour trois ans, (sujet toujours à l'approbation du bureau,) quatre personnes actuellement engagées dans l'œuvre de l'éducation en général, dans la province de Québec, pour examiner tous ceux qui veulent commencer l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, sur les sujets d'éducation en général, ci-après mentionnés, comme devant servir d'examen préliminaire aux étudiants en médecine, savoir : un examinateur parlant la langue française et un examinateur parlant la langue anglaise pour la ville de Montréal, et un parlant la langue française et un parlant la langue anglaise pour la cité de Québec. Les sujets pour la qualification préliminaire seront l'anglais et le français, le latin, la géographie, l'histoire, l'arithmétique, l'algèbre, la géométrie, les belles-lettres, et aucun des sujets suivants : le grec, la physique et la philosophie ; et le candidat devra présenter un certificat de bonnes mœurs ; pourvu que tous les élèves en médecine qui, avant la passation de cet acte, ont passé un examen préliminaire devant l'examinateur ou les examinateurs d'aucune université, école de médecine incorporée, ou le bureau médical provincial, ne soient pas requis d'être examinés par les examinateurs mentionnés dans cette section.

10. Toute personne désirant obtenir une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, dans cette province, et être enregistrée en vertu de cet acte, et qui n'aura pas obtenu un degré ou diplôme de médecine, de chirurgie et d'art obstétrique, dans une des institutions mentionnées à la quatrième section du présent acte, devra, avant d'avoir droit à telle licence et de se faire enregistrer dans cette province, passer un examen devant ce bureau, pour prouver ses connaissances et son habileté pour la pratique efficace de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, et après avoir passé l'examen requis, et après avoir prouvé à la satisfaction des examinateurs, qu'il s'est conformé dans une institution d'enseignement médical dans les Possessions de Sa Majesté aux règlements passés par le bureau provincial, et, sur paiement de tels honoraires que le bureau peut fixer par un règlement général, cette personne aura droit à une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, dans la province de Québec.

11. Toutes personnes venant d'un collége reconnu et en dehors des possessions de Sa Majesté, et désirant obtenir la licence du collége, devront auparavant passer l'examen préliminaire devant les examinateurs nommés par le Bureau provincial de médecine, ou prouver à la satisfaction du Bureau, qu'elles ont déjà passé un examen équivalent ; elles devront de plus suivre, dans l'une des écoles de médecine de cette province, un court complet (six mois) de lectures, et tout autre cours ou cours qui sera ou seront nécessaires pour compléter le curriculum exigé par le Bureau, elles devront aussi passer l'examen professionnel devant le Bureau provincial de médecine. Ces personnes pourront passer leur examen professionnel immédiatement après leur examen préliminaire.

12. Le dit bureau des gouverneurs du collége des médecins et chirurgiens aura le pouvoir :

Premièrement.—De régler l'étude de la médecine, de la chirugie et de l'art obstétrique, en établissant des règlements quant à la qualification préliminaire, la durée des études, le cours à suivre, et l'âge de l'aspirant à une licence, pour pratiquer ; pourvu toujours que tels réglements ne soient pas contraires aux dispositions du présent acte ;

Deuxièmement.—D'examiner toutes les lettres de créance, tout certificat d'admission à l'étude, ou d'assistance au cours et tous autres documents paraissant donner au porteur, le droit de réclamer une licence pour l'autoriser à pratiquer, et tous diplômes, degrés ou autres qualifications que l'on désirerait faire enregistrer en cette province, et d'exiger du porteur d'iceux, qu'il atteste sous serment, (lequel sera administré par le président pour le temps d'alors), que c'est lui qui est nommé dans les dites lettres, et qu'il les a obtenues légalement ;

Troisièmement.—De faire enregistrer dans les livres du collége, le nom, l'âge, le domicile, la place natale de chaque membre de la profession qui pratique maintenant, ou pourra à l'avenir pratiquer dans la province de Québec, ainsi que la date de sa licence et la place où il l'a obtenue ;

Quatrièmement.—De fixer le temps d'épreuve que les personnes devront subir, avant d'être éligibles comme gouverneurs du collége, lequel temps d'épreuve ne sera pas moins de quatre ans ; et de faire toutes telles règles et règlements pour le gouvernement et la règle efficace de la dite corporation, et l'élection d'un président et des officiers d'icelle, ainsi que les membres du dit collége le jugeront convenable et expédient, lesquels règles et règlements seront soumis au lieutenant-gouverneur en conseil de la province, pour être approuvés par lui, et ne seront en force qu'après avoir reçu sa sanction.

13. Le bureau provincial de médecine fera de temps en temps, quand l'occasion le demandera, des règlements;

1° Pour la ligne de conduite des examinateurs, et pour prescrire les sujets et le mode d'examen, le temps et lieu où seront tenus ces examens, et, en général, fera les réglements qu'il jugera convenables et nécessaires, relativement à ces exercices, pourvu que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte ;

2° Pour règlementer l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, quant aux qualifications préliminaires, à la durée de l'étude et au cours d'étude que devront suivre les étudiants ;

Pourvu toujours, que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte, et que aucun changement dans le cours d'études établi par le bureau, ne vienne en vigueur qu'un an après qu'il aura été fait ;

3° Pour nommer des assesseurs choisis parmi ses membres ou parmi les membres enregistrés du collége, pour visiter et assister aux examens médicaux dans les diverses universitès, colléges et écoles incorporées de la province, et faire rapport au bureau provincial sur la nature de ces examens ; mais tels assesseurs ne seront pas choisis parmi les professeurs, dans aucune des dites universités ou écoles incorporées, et au cas où tel rapport serait, en aucun temps, défavorable à aucune université, collége ou école incorporée, le bureau provincial pourra, dans ce cas et sous ces circonstances, refuser la licence et l'enregistrement des dégrés ou diplômes des institutions au sujet desquelles il aura été fait tel rapport, tant que tels examens n'auront pas été amendés.

A cette fin, le bureau provincial nommera on élira des assesseurs, dont deux ou plus devront assister aux examens de chaque université, collége ou école de médecine incorporée d'accord avec un règlement à être passé ci-après par le bureau ;

Ces institutions devront notifier le bureau provincial, au moins un mois à l'avance, de l'époque ou des époques auxquelles leurs examens auront lieu ;

4° Pour fixer le tarif des prix qui seront payés dans les villes et dans les campagnes pour les avis en matière de médecine, d'ar-obstétrique ou de chirurgie, ou pour les soins, ou pour l'accomt plissement de toute opération, ou pour toutes médecines qui auront été prescrites ou fournies ;

5° Un tel tarif pour être valable, devra être approuvé par son honneur le lieutenant gouverneur de la province de Québec, en conseil, et ne pourra entrer en force que six mois après sa publication, ainsi que la publication de l'ordre en conseil approuvant le dit tarif, une seule fois dans la Gazette Officielle de la province de Québec.

Le tarif ne dispensera pas, en cas de poursuite, de la preuve des avis, soins, prescriptions, remèdes et autres choses y mentionnés, d'après les lois actuellement en force.

14. Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de fixer, par règlement, le salaire ou les honoraires qui doivent être payés aux officiers, aux examinateurs et aux assesseurs nommés par le dit bureau ; ainsi que les honoraires que devront payer tous les candidats qui demanderont des licences pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, ainsi que les honoraires qui devront être payés pour enregistrement ; et le bureau pourra disposer de ces honoraires de la manière qu'il croira le plus propre à favoriser les intérêts du collége.

15. Les qualifications requises de tout candidat pour l'obtention d'une licence l'autorisant à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obtétrique, consisteront en ce qu'il ait un certificat d'étude d'un médecin licencié pour l'intervalle qui sépare les cours qu'il a suivis ; qu'il ait atteint l'âge de vingt-et un ans; qu'il ait étudié pendant une période de pas moins de quatre années à dater de son admission à l'étude de la médecine par le bureau ; et qu'il ait suivi pendant les dites quatre années, dans quelque université, collége ou école de médecine incorporée, dans les domaines de Sa Majesté, pas moins de deux cours de six mois chacun, d'anatomie générale ou descriptive,—d'anatomie pratique,—de chirurgie,—de pratique de la médecine,—de l'art obstétrique,—de chimie,—de matière médicale et thérapeutique générale,—des institutes de médecine ou de physiologie générale,—de clinique médicale et de clinique chirurgicale,—un cours de six mois ou deux cours de trois mois de jurisprudence médicale,—et un cours d'hygiène de trois mois et un cours de pas moins de vingt-cinq démonstrations sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie microscopiques; aussi, qu'il ait suivi la pratique générale d'un hôpital contenant au moins cinquante lits, sous la charge de deux médecins ou chirurgiens au moins, pendant une période de pas moins d'une année et demie, ou trois périodes de pas moins de six mois chacune ; et qu'il ait assisté à six cas d'accouchement, et qu'il ait manipulé (*compounded*) des remèdes pendant six mois ; et pour faire disparaître tous doutes à l'égard du nombre de lectures que les écoles incorporées de médecine de la Province de Québec sont tenues de donner, il est statué et déclaré, que chaque cours de six mois sera de cent vingt lectures, excepté pour la clinique médicale et chirurgicale, et la jurisprudence médicale. Des quatre années d'études exigées par le présent acte, au moins trois termes de six mois chacun, seront employés à suivre des cours dans une université,collége ou école de médecine incorporée reconnu par ce bureau ; les premiers de ces cours seront ainsi suivis la session qui suivra immédiatement l'examen préliminaire *et les derniers le seront durant la quatrième année d'étude, et le candidat devra subir son examen sur les matières finales du curriculum, à la fin de la session de sa quatrième année d'etude.*

16. Toutes les personnes qui obtiendront du collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, une licence les autorisant à pratiquer, porteront le nom de membres du dit collége, mais elles ne pourront être élues comme gouverneurs, qu'après quatre années de la date de leur admission comme membres ; et telle élection des gouverneurs sera faite suivant les règlements et de la manière que le bureau adoptera. Les membres du collége paieront une somme de deux piastres par année pour l'usage du collége.

17. Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de faire des règles et règlements concernant l'admission des femmes à l'étude et à la pratique des accouchements, dans cette province, et il fixera le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements; pourvu toutefois, que toute femme qui à l'époqae de la passation du présent acte, aura été légalement qualifiée pour pratiquer comme sage-femme dans cette province, retiendra ce droit, mais sera requise de se conformer à tels règles et règlements qui pourront être faits ci-après à leur égard par le Collége des médecins et chirurgiens de Québec ; rien dans cette section ou dans les règlements qui seront faits n'empêchera comme cela se fait souvent, les femmes dans les campagnes, de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements, mais elles devront obtenir un certificat d'un médecin dûment licencié constatant qu'elles ont les capacités suffisantes.

18. Le bureau provincial de médecine fera tenir par le régistrateur, un livre appelé régistre, dans lequel sera entré, de temps à autre, le nom de toutes les personnes qui auront été dûment licenciées et enrégistrées en vertu de l'acte 50 Vict., chap. 26, en vertu du présent acte, et qui se seront conformées aux dispositions ci-après mentionnées et aux règles et règlements faits ou qui seront faits par le bureau provincial de médecine concernant les qualifications réquises par les personnes pratiquant la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans la province de Québec. Et ces personnes seules dont les noms ont été ou seront plus tard inscrits dans le régistre ci-haut mentionné, seront considérées comme qualifiées et licenciées pour la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique dans la province de Québec. Et ce régistre pourra, en tout temps, être examiné par tout praticien dûment enregistré ou par toute autre personne.

19. Le régistrateur devra tenir le régistre correct, en conformité des dispositions de cet acte et des ordres et règlements du bureau provincial de médecine, et il fera, de temps à autre, les

changements nécessaires quand à la résidence et aux qualifications des personnes enregistrées d'après cet acte ; et il remplira tous les autres devoirs qui lui seront imposés par le bureau provincial de médecine.

20. Le régistrateur du collége, sous la direction du bureau des gouverneurs, fera imprimer et publier et distribuer aux membres du collége, de temps en temps, une copie du régistre des dits noms, qu'il coordonnera alphabétiquement, en y insérant leurs noms et prénoms, leur résidence respective, leurs titres médicaux, leurs diplômes et qualifications conférés par le collége ou autre corps médical, avec les dates d'iceux,—de toutes les personnes apparaissant au régistre alors existant, au jour de la publication, et tel régistre sera appelée " Le régistre médical de Québec " ; et une copie imprimée de tel régistre, certifiée sous la signature du régistrateur comme tel, fera preuve, PRIMA FACIE, devant toutes cours et tous juges de paix et autres, que les personnes y nommées et entrées, ont été enregistrées selon les dispositions de l'acte ; et l'absence du nom d'aucune personne dans telle copie, fera preuve, PRIMA FACIE, que telle personne n'a pas été enregistrée suivant les exigences du dit acte ; pourvu toujours que dans ce cas, aucune personne dont le nom n'apparaîtra pas dans une telle copie imprimée, une copie ou extrait du régistre certifié par le régistrateur du collége, de l'entrée du nom de telle personne sur le régistre, fera preuve que telle personne est enregistrée suivant les dispositions du présent acte. Et un certificat sous le seing du régistrateur à l'effet qu'aucun membre dont le nom apparaît sur le régistre, a payé ses contributions annuelles du collége, sera admis dans toute cour de justice comme preuve, PRIMA FACIE, que tels paiements ont été faits.

21. Si le régistrateur est convaincu d'une félonie, il sera à l'avenir, disqualifié pour aucune charge dans le collége.

22. Tout membre de la profession médicale qui, lors de la passation de cet acte, sera possesseur d'une licence donnée par le collége des médecins et chirurgiens du Bas Canada, pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans la province de Québec, et qui n'aura pas été enregistré sous l'acte 40 Vict., chap. 26, aura le droit *et sera obligé* sur paiement au régistrateur, d'un honoraire d'une piastre, et de toute redevances annuelle et concontributions par lui dues et payables au ci-devant collége des médecins et chirurgiens de cette province créé par l'acte 40 Vict., Chap. 26, de se faire enregistrer, en produisant au régistrateur le document qui lui donne ou qui prouve la ou chacune des qualifications en vertu desquelles il désire être enregistré, ou en transmettant par la poste au dit régistrateur, son nom et le lieu de sa

résidence et la preuve des qualifications en vertu desquelles il désire être enregistré ainsi que la date de leur obtention.

23. *Toute personne obligée ou ayant droit suivant cet acte, d'être enregistrée, et qui négligera ou omettra de se faire enregistrer, n'aura pas le droit de pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, ne pourra réclamer aucun des droits et privilèges accordés par cet acte, et sera passible de toutes les pénalités imposées par cet acte, ou par tout autre, contre toute personne pratiquant la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, sans être enregistrée tel que voulu par les dits actes.*

24. Toute personne qui aura suivi des cours de médecine durant trois sessions d'aucune école de médecine, dans les possessions Britanniques, et qui se sera actuellement livrée dans cette province, à la pratique ou à la profession de la médecine pour un laps de temps dépassant trente années, pourra, sur preuve de ces faits, à la satisfaction du bureau provincial de médecine, et en produisant en sus, un certificat signé par deux médecins résidant dans les environs où il a pratiqué, qu'il a réussi dans sa profession, et qu'il mérite la considération du bureau, aura droit à une licence, pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans cette province, et à l'enregistrement sans examen.

25. Personne, à moins qu'autrement dûment autorisé, n'aura le droit de recouvrer aucun compte devant aucune cour de justice, pour aucun avis médical ou chirurgical, pour services professionnels, pour aucune opération, ou pour aucun remède qu'il peut avoir prescrit ou donné, ni ne pourra se prévaloir d'aucuns droits ou priviléges conférés par cet acte, à moins qu'il ne prouve qu'il est enregistré d'après cet acte et qu'il n'ait payé sa contribution annuelle.

26. Aucun certificat, requis par le présent ou par tout acte maintenant en force, de la part d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un médecin pratiquant ne sera valide, à moins que la personne qui l'a signé ne soit enregistrée d'après cet acte.

27. Tout membre enregistré de la profession médicale, qui aura été trouvé coupable d'aucun acte de félonie devant aucune cour de justice, perdra par ce fait même, son droit à l'enseignement, et le bureau provincial de médecine fera rayer son nom du registre; ou, dans le cas où une personne convaincue de félonie, se présenterait pour se faire enregistrer, le régistrateur refusera tel enregistrement.

28. Toute personne n'ayant pas droit d'être enregistrée dans

cette province, qui sera convaincue, sous le serment d'un ou plusieurs témoins, d'avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans la province de Québec en contravention aux dispositions de cet acte, après la passation du présent acte : *soit à gages, soit pour argent, marchandises, effets généralement quelconques, ou dans l'espérance d'une récompense, ou qui sera récompensée d'une manière quelconque pour avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, encourra une pénalité de cinquante piastres.*

2. *Une pénalité semblable de cinquante piastres* sera encourrue par toute personne assumant après la passation du présent acte, le titre de docteur, de médecin ou de chirurgien, ou tout autre nom qui pourrait faire supposer qu'elle est autorisée légalement à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans cette province, si elle ne peut pas établir ce fait par une preuve légale, tel que voulu par le présent acte et les lois du pays.

3. Toute personne qui, après la passation du présent acte, dans une annonce, dans un papier-nouvelle ou dans des circulaires écrites à la main ou imprimées, ou sur des cartes d'adresse, ou sur des enseignes, assume un titre, ou une désignation de nature à faire supposer ou à porter le public à croire qu'elle est dûment enregistrée ou qualifiée comme pratiquant la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique ou aucun de ces genres de médecine, ou toute personne qui offre ou qui donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense, si elle n'est pas dûment autorisée et enregistrée dans cette province, sera, dans aucun de ces cas, passible d'une semblable amende *de cinquante piastres.*

4. Dans toute poursuite d'après cet acte, la preuve de l'enregistrement sera à la charge du poursuivi.

5. *Les pénalités imposées par le présent acte, pourront être réclamées par simple action civile ordinaire au nom de : " Le Collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec," devant toute cour de circuit du comté ou du district du domicile du défendeur, ou dans lesquels l'offense aura été commise ; et la cour, si la preuve est suffisante, condamnera le défendeur à payer une pénalité de cinquante piastres, en sus des frais, dans le délai qu'elle fixera, et à un emprisonnement de soixante jours dans la prison commune du district, sur son défaut de satisfaire la dite condamnation dans ce délai.*

Le mandat d'emprisonnement, dans ces cas, émanera sous la signature du greffier de la dite cour, sur la demande écrite du procureur ad litem *du poursuivant, et pourra être* mutatis mutandis *suivant la formule* (10) *donnée dans la cédule annexée au chap.* 31 *de l'acte fédéral* 32–33 *Vict., et sera exécuté en la manière ordinaire.*

Les pénalités imposées par cet acte seront recouvrables avec frais, et elles pourront être recouvrées par poursuites légales par le dit collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, en son nom incorporatif, et ayant été récouvrées, appartiendront à la dite corporation pour l'usage d'icelle.

29. Dans tous les cas où, d'après cet acte, la preuve de l'enregistrement sera requise, une copie imprimée ou autre ou extrait du régistre, certifié par le régistrateur du collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, pour le temps d'alors, sera une preuve suffisante que toutes les personnes qui y sont mentionnées, sont enregistrées comme médecins pratiquants, au lieu de la production du régistre original ; et tout certificat sur telle copie imprimée ou autre du régistre ou extrait de tel régistre, établissant qu'il a été signé par une personne quelconque dans sa capacité de registrateur du collége, d'après cet acte, fera preuve *primâ facie* que telle personne est le dit régistrateur, sans qu'il soit nécessaire de prouver sa signature, ou qu'il est de fait tel régistrateur.

30. Le bureau actuel des gouverneurs élus d'après les dispositions des actes ci-dessus rappelés, sera continué et agira jusqu'à la prochaine élection triennale, mais sujet sous tous les autres rapports aux dispositions de cet acte ; et tous les règlements et règles faits jusqu'ici par le dit collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, demeureront en force jusqu'à ce qu'ils soient rappelés ou modifiés d'après les dispositions de cet acte.

31. Les officiers nommés d'après les dispositions des actes rappelés, conserveront leurs charges respectives et rempliront leurs devoirs respectifs, selon les dispositions de cet acte ; et tous les livres et régistres tenus ci-devant par eux, conformément aux actes rappelés, continueront à servir à leurs besoins respectifs, selon cet acte.

32. Le collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, est par le présent acte, mis en possession de tous les droits pouvoirs, privilèges, propriétés et revenus appartenant ci-devant au collége des médecins et chirurgiens du Bas Canada *et du collége des médecins et chirurgiens créé par l'acte* 40 *Vict.*, *Chap.* 26.

33. Aucune personne licenciée à pratiquer comme susdit, et enregistrée en vertu du dit acte 40 Vict., Chap. 26, ne sera, par suite de ce qui est contenu dans cet acte, relevée ou déchargée de l'accomplissement de toutes ses exigences et ses obligations, honoraires, amendes et pénalités, dus et encourus en vertu du dit acte, envers et en faveur du ci-devant collége en vertu du ci-devant acte, et spécialement dans et par les 15e, 20e et 22e sections du dit acte, lesquels pourront en conséquence, être recouvrés et exigés des délinquants par le dit collége établi par cet acte, et tant qu'ils ne se seront pas conformés et mis en règle avec le dit présent collége, tels délinquants n'auront droit à aucun des droits et priviléges accordés aux licenciés enregistrés en vertu de cet acte.

34. Il sera loisible au président du collége s'il le juge expédient, en aucun temps, par un ordre sous son seing et sa signature, d'autoriser, nommer, constituer et nommer toute personne ou personnes, autres qu'aucun des officiers du dit collége, qu'il pourra choisir pour prendre des procédés contre toute personne supposée avoir enfreint aucune des dispositions de cet acte, et de percevoir toute somme ou sommes d'argent payables au dit collége par aucune personne en vertu de cette acte.

35. Rien de ce qui est contenu dans le présent acte ne sera considéré comme affectant les droits d'aucune personne, en vertu des dispositions de l'acte 28 Vict., chap. 59, tel que amendé par l'acte 29 Vct., chap. 95.

36. Cet acte viendra en force le jour de sa sanction.

Le tarif des prix préparé par le bureau provincial de médecine, approuvé par le lieutenant-gouverneur en couseil, le 4ème jour de mai, 1881, *et publié dans la " Gazette Offiaielle " de Québec, le 21ième jour de mai,* 1881, *est par le présent acte, abrogé pour toutes les parties de la province et n'aura plus force et effet.*

NOTE EDIT.—Le Bureau des Gouverneurs est à préparer un nouveau tarif.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'utilité du chloroforme dans la réduction des luxations,

Par A. T. Brosseau, M. D., *Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.*

Il s'est présenté depuis deux ans à l'Hôpital Notre-Dame, un grand nombre de luxations ; nous n'avons jamais éprouvé de difficultés à les réduire.

En est-il de même partout dans ce pays? Certainement non, puisque nous rencontrons très souvent de vieilles luxations qui n'ont pu être réduites, ou qui ont été prises pour des contusions et traitées par des liniments.

Nous croyons donc remplir une lacune en indiquant à nos confrères un moyen facile de faire le diagnostic et de réduire les luxations. Voici le procédé généralement adopté à l'hôpital. En rapportant quelques-uns des cas que nous avons eus, cela facilitera l'intelligence du sujet.

Au mois de novembre 1881 se présente une luxation de l'humérus, datant de quelques jours.

Comme c'est l'usage dans les amphithéâtres des hôpitaux, avant de faire une opération quelconque, le professeur de clinique donne une leçon sur le sujet, afin que les élèves comprennent mieux comment on arrive à faire un diagnostic, un pronostic et un traitement.

Notre patient présente la variété de luxation humérale la plus fréquente, la *sous-coracoïdienne.* Les plus anciens élèves se guidant sur les proéminences osseuses (points de repère de la région) constatent la variété de luxation. Nous avertissons alors les élèves que nous commencerons par la méthode de *douceur*, (*pression*, *impulsion*, *dégagement*) et si nous ne réussissons pas nous aurons recours aux méthodes de *force*, c'est-à-dire au talon dans l'aisselle, à l'*extension* et à la *contre extension,* coaptation, à l'élévation du bras, etc.

Je mentionne en passant et pour en montrer les dangers, la méthode ordinaire des rebouteurs si nombreux dans notre pays, qui consiste à suspendre le blessé sur une échelle, une porte, le corps étant d'un côté pendant que de vigoureux gaillards tirent sur le bras qui est de l'autre. Que les vaisseaux soient déchirés par ce corps dur, que la traction soit dix fois plus forte que nécessaire, peu importe, on ne connait pas mieux.

Le blessé étant mis *complètement* sous l'influence du chloroforme, je commence la réduction.

Mais à peine ai-je mis mon pouce de la main gauche dans l'aisselle et mes doigts sur l'acromion, ma main droite saisissant en même temps le coude afin de faire exécuter à l'humérus les mouvements voulus, que je ressens un *tressautement* et le *bruit* caractéristique de la réduction.

J'échappe malgré moi une expression de mécontentement, car j'avais annoncé aux élèves que je ne réussirais pas par ce procédé vû que la luxation n'était pas tout à fait récente, et qu'ils auraient l'avantage d'en voir employer d'autres, et MM. les étudiants de rire de ma mauvaise humeur à l'occasion de ce succès par trop facile.

Nous avons eu à l'hôpital Notre-Dame au moins une quinzaine de luxations de l'épaule durant les deux années écoulées et dans chaque cas, le malade étant profondément endormi avec le chloroforme, nous avons pu réduire ces luxations sans aucune difficulté et simplement par les méthodes de douceur.

Plusieurs même de ces réductions ont été opérées par des élèves qui en étaient à leur coup d'essai.

Nous nous croyons donc autorisés à dire qu'avec l'anesthésie complète, la réduction des luxations récentes de l'épaule n'est plus qu'une formalité à remplir.

Comment se fait-il qu'aujourd'hui encore un grand nombre de nos confrères ne se prévalent pas de cet auxiliaire si efficace et si puissant ?

Avec le chloroforme ils anéantiraient tous ces rebouteurs qui torturent les pauvres innocents qui se confient à eux et auxquels ils remettent un os qui n'est pas luxé, *nerf déplacé*, etc., etc.

Je pourrais citer le cas d'un alcoolique qui dans ses ébats a *l'habitude* de se luxer l'humérus (il est à sa vingtième luxation). A présent je ne lui enlève seulement plus ses habits, je le chloroformise et *mets tout bonnement son bras en écharpe* et tout rentre dans l'ordre. J'ai déjà essayé sur lui sans chloroforme et n'ai réussi qu'avec difficulté et douleur. Il est à remarquer qu'il n'est pas nécessaire d'administrer une forte quantité de chloroforme, l'opération ne durant que quelques instants.

Nous avons aussi observé deux luxations de la hanche.

Observation No. 1.—Durant le mois d'octobre dernier, un garçon de 15 ans est apporté à l'hôpital, il était tombé en jouant sur un trapèze, quelques heures avant.

L'examen fait constater une luxation de la hanche *variété iliaque.*

Observation No. 2.—Dans le cours de mai dernier un jeune garçon de 10 ans tomba du haut d'une pile de planches et se fit une luxation de la tête du fémur dans l'échancrure ischiatique, il fut immédiatement transporté à l'hôpital.

Sous l'effet de l'anesthésie la réduction fut opérée dans ces deux cas avec la plus grande facilité.

Les élèves étant présents lors de la dernière de ces réductions, je leur expliquai les divers temps de la méthode de douceur adaptée aux luxations du fémur, c'est-à-dire les temps de *flexion, circumduction, rotation, etc.* Mais à peine avais-je saisi le membre avec une main au genou et l'autre au cou-de-pied, me préparant à me servir du fémur comme levier, que j'entendis le bruit caractéristique de la réduction, tout était rentré dans l'ordre sans que j'eusse eu le temps d'exécuter les divers mouvements.

Voyant cela, certains élèves se mirent à discuter la nécessité d'étudier attentivement les procédés de réduction des luxations; je saisis immédiatement cette occasion de leur faire observer que si dans un grand nombre de luxations récentes, les choses se passaient ainsi, souvent cependant et surtout dans les luxations quelque peu anciennes il fallait employer plusieurs procédés avant de réussir, et quelques fois échouer.

Lorsque nous rencontrons de vieilles luxations non réduites nous avons l'habitude de demander à ces infortunés comment il se fait qu'ils soient restés infirmes, et la réponse invariable est qu'ils se sont confiés à des rebouteurs ou à des médecins qui n'ont pas employé d'anesthésique.

Pourquoi donc les hommes de l'art se priveraient-ils d'un aussi grand avantage, d'un aussi sûr moyen de succès?

Chacun sait en effet que le *principal*, sinon l'unique obstacle à la réduction d'une luxation c'est la contraction musculaire, chacun sait aussi que les divers agents anesthésiques font cesser cette contraction musculaire, la conclusion vient donc logiquement en faveur de l'emploi des anesthésiques.

Il faut aussi apprécier l'avantage de ne pas faire souffrir son patient.

Je tiens à faire observer que l'anesthésie doit être *complète*, que les muscles soient dans un relâchement complet et n'offrent plus aucune résistance.

Il m'est arrivé plusieurs fois, croyant le malade *bien endormi*, de tenter la réduction et de ne pouvoir réussir, parce que les muscles se contractaient encore. Quelques inhalations de plus et tout s'opérait avec une extrême facilité.

S'il en était besoin je pourrais citer un grand nombre de faits à l'appui, mais je crois la chose inutile.

Concluons ces quelques remarques pratiques en recommandant à nos confrères de ne pas craindre d'employer le chloroforme dans les luxations, mais au contraire de ne jamais tenter une réduction sans appeler à leur secours ce précieux moyen.

Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux.

Par A. A. Foucher, M. D., *professeur d'Ophthalmologie à l'Université Laval (Montréal).*

Depuis vingt-cinq ans, il s'est opéré une véritable révolution en ophthalmologie. Cette partie des sciences médicales qui existait à peine comme spécialité avant David Sichel et Desmarres est aujourd'hui une des plus complètes, des plus vastes et des mieux étudiées, celle dont les pronostics sont les plus précis et les traitements les plus effectifs. Les travaux de Helmholtz, de Graefe, de Donders, etc., lui ont acquis une place honorable dans le cadre des études, place qui ne pourra qu'augmenter de prestige avec le temps et les progrès qu'il reste à réaliser. Dans toutes les parties de l'Europe et de l'Amérique les facultés de médecine de quelque importance ont consacré une chaire spéciale à l'enseignement des maladies des yeux. On a compris, partout, que l'étude d'un organe aussi important que l'est celui de la vision, méritait au moins de faire l'objet de quelques leçons. Mais les cours d'ophthalmologie tels que donnés généralement dans les Facultés ne sont pas suffisants pour mettre un médecin en état de répondre à toutes les exigences de la pratique. Il faudrait, pour remédier à cet inconvénient, pouvoir y consacrer beaucoup plus de temps que ne le comportent nos programmes universitaires, vû le grand nombre de matières à apprendre dans un espace de temps relativement trop court. Ceci est vrai pour les pays ou l'on consacre 5 et 10 années de cours de 9 mois à l'étude de la médecine ; à plus forte raison pour les Etats-Unis et le Canada ou la loi

limite à 2 et 3 ans de cours de six mois l'étude d'une science aussi exacte, aussi compliquée que l'est la science médicale.

Quiconque a un peu étudié l'ophthalmologie, sans savoir même ce qu'est le traité d'optique physiologique de Helmholtz, a pu se convaincre que l'œil ne peut pas être étudié suffisamment pendant trois années d'étude dont les 19|20 sont employés aux études générales. L'ophthalmologie seule pour être acquise dans ce qu'elle a d'essentiellement pratique exige au moins quelques années d'études spéciales. Le domaine de cette spécialité est tellement vaste, les travaux dont elle est le sujet, sont si nombreux que le Prof. Bowman a pu dire avec raison que ce n'est pas chose facile pour un cerveau humain de posséder à fond toutes les connaissances qui se rattachent à la région oculaire. La difficulté est grande pour ceux qui se livrent exclusivement à cette étude, à plus forte raison pour ceux qui demeurant à la campagne sont obligés d'être à la fois médecins et chirurgiens, accouchéurs, oculistes, etc, etc. Il leur est impossible de tout savoir, ils embrassent trop à la fois, ils sont nécessairement obligés de négliger quelques branches de la médecine, et parmi celles qui sont l'objet de cet abandon se trouve l'ophthalmologie. Il n'y aurait pas lieu de trop s'en plaindre si l'on voyait tous ceux qui ne connaissent pas les maladies des yeux s'abstenir complètement de traiter les cas qui leur arrivent et diriger ces patients vers des confrères compétents. Mais ce n'est pas ce qui a lieu ordinairement, et l'on voit tous les jours les résultats fatals de cette manière d'agir qui se cache sous de faux motifs d'intérêt personnel au détriment de l'humanité.

De l'absence de notions suffisantes en ophthalmologie découle un fait pénible; des erreurs fréquentes de diagnostic, des traitements peu ou pas du tout appropriés. On confond des maladies parfaitement distinctes, exigeant chacune un traitement différent. On emploie le sulfate de zinc en solution pour toutes les conjonctivites qu'elles soient purulentes, catarrhales, pustuleuses ou granuleuses,on l'emploie même pour les kératites et les iritis. Ces erreurs sont journalières, j'en parle avec connaissance de cause, et j'ai pu en constater de plus graves encore. Le glaucôme est souvent confondu avec la cataracte; j'ai même eu un patient qui a été opéré de cataracte (*par abaissement*), pour une affection glaucomateuse. Des milliers d'aveugles peuplent les institutions de charité parce par l'ophthalmie purulente des nouveaux nés est méconnue et mal traitée. Je passe ici sous silence beaucoup d'autres affections oculaires qui conduisent fatalement à la cécité si elles ne sont pas traitées à temps et convenablement. J'aurai occasion d'en parler plus tard en continuant ce travail.

Pour pouvoir faire de l'ophthalmologie rationnelle il faut dans cette branche comme dans la pathologie interne ou externe reconnaître les types inflammatoires les uns des autres. Dans l'œil il n'y a pas qu'une seule membrane, il y en a plusieurs qui ont chacune leur fonction propre et leur pathologie distincte. Au reste tous les tissus du corps humain se trouvent représentés dans l'appareil visuel.

Avec la transformation qu'a subi la pathologie oculaire pendant le quart de siècle dernier a marché la thérapeutique oculaire, et ce n'est pas exagérer que de dire qu'aucune autre branche de la médecine n'a des succès aussi brillants à proclamer.

Mais l'art de guérir est trop monopolisé en ophthalmologie au détriment du plus grand nombre. S'il est impossible à la généralité des médecins de tout connaître en oculistique, il faut au moins connaître l'essentiel, le strict nécessaire, et pouvoir au besoin reconnaître un état grave de l'œil de celui qui ne l'est pas, en un mot il faut savoir diagnostiquer. Ce sera rendre un service signalé à un patient que de reconnaître qu'une intervention chirurgicale est opportune ou urgente et de faire en sorte qu'une main agisse si ce n'est pas la nôtre. Tout médecin n'est pas prêt à faire l'opération de l'iridectomie dans les cas de glaucôme, l'opération de la cataracte par le procédé de Graefe modifié ; plusieurs n'oseraient même pas pratiquer une simple paracentèse de la chambre antérieure. Mais reconnaître que ces opérations sont nécessaires pour conserver ou rendre la vue à un patient est déjà beaucoup. Toutes les maladies d'yeux ne requièrent pas des opérations aussi délicates, la plupart même n'en exigent pas du tout et ce sont les plus fréquentes. Pour ces dernières le diagnostic est facile et le traitement à la portée de tous les médecins. C'est dans le but de vulgariser le diagnostic et le traitement de ces maladies que j'écrirai dans ce journal, persuadé que j'entreprends là une œuvre utile.

CONJONCTIVITES.

Un symptôme d'une grande valeur, pour le diagnostic des conjonctivites c'est l'injection conjonctivale. Cette injection n'est pas la même pour toutes les formes de conjonctivites, elle varie même avec les différentes phases de chacune d'elles. Cette injection peut être partielle, limitée au bulbe (1) comme

(1) La conjonctive bulbaire est celle qui recouvre le globe oculaire. La conjonctive, quittant le globe oculaire, se replie sur elle-même pour former un cul-de-sac et aller ensuite tapisser la face interne des paupières.

c'est le cas dans la conjonctivite pustuleuse. Elle peut être généralisée à toute la conjonctive, comme dans la conjonctivite catarrhale aigüe, ou encore, limitée à la région du cul-de-sac comme dans le catarrhe chronique.

L'injection conjonctivale est caractérisée par un gonflement des vaisseaux sanguins qui deviennent visibles sur le globe oculaire lui-même. Ils sont plus saillants, plus gros, plus flexueux qu'à l'état normal. Il semble que le nombre des vaisseaux ait augmenté. La conjonctive devient d'un rouge variant d'intensité selon le degré d'inflammation. Un point important à noter est celui-ci : les vaisseaux sont tortueux, l'injection est de plus en plus prononcée à mesure qu'on s'éloigne du bord de la cornée pour se diriger vers les culs-de-sac.

Dans les kératites et les iritis on remarque une autre injection à laquelle on a donné le nom d'injection périkératique. Celle-ci est caractérisée par une réunion de fins vaisseaux serrés et radiés qui se dirigent vers le bord de la cornée. L'injection forme à cet endroit un anneau d'un rouge sombre qui entoure la cornée et qui diminue d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de la cornée pour se rapprocher du bulbe. Avec un peu d'attention, on arrivera toujours à reconnaître l'existence de ces deux injections, même si les deux existent conjointement, ce qui est le cas assez souvent. L'injection conjonctivale est formée par des vaisseaux gros et tortueux; l'injection périkératique par des vaisseaux fins et radiés ; la première augmentant d'intensité du bulbe aux culs-de-sac ; la seconde se localisant au pourtour de la cornée sous l'aspect d'un anneau d'un rouge sombre, quelquefois violacé, l'injection conjonctivale appartenant à la classe des conjonctivites et s'accompagnant des autres symptômes propres à ces affections, l'injection périkératique appartenant à la classe des kératites et des iritis et s'accompagnant de douleurs périorbitaires.

Une affection très commune chez les enfants et contre laquelle un traitement intelligent est tout puissant, c'est la *conjonctivite pustuleuse en phlycténulaire.* Elle est caractérisée par l'apparition sur la conjonctive bulbaire de phlyctènes, de nombre et de grandeur variables. Ces phlyctènes siègent souvent à l'union de la cornée et de la sclérotique sur le limbe scléro-cornéal. Il importe de le noter, car les phlyctènes qui apparaissent à cet endroit se comportent différemment de celles qui sont situées exclusivement sur la conjonctive bulbaire. Occupe-t-elle franchement la conjonctive bulbaire, la phlyctène se guérit assez rapidement. Si elle siège sur le bord de la cornée elle se transforme en ulcère, qui peut se vascu-

lariser. On a alors une maladie nouvelle dont nous parlerons à l'article des kératites. Les phlyctènes peuvent siéger franchement sur la cornée, on a alors une maladie qui n'offre aucune ressemblance avec la conjonctivite pustuleuse, au moins en ce qui regarde les symptômes, la marche, le pronostic et le traitement. Il y a production d'une pustule dans les deux cas, chez des enfants scrofuleux, lymphatiques, mais cette même pustule qui ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel considérable lorsqu'elle siège exclusivement sur le bulbe oculaire, devient la cause d'une foule d'autres désordres lorsqu'elle siège sur la cornée. Il arrive qu'ayant à traiter une simple conjonctivite pustuleuse, l'enfant ne présente aucun symptôme d'irritation tel que photophobie et douleur, mais que tout à coup une phlyctène vienne à se développer sur la cornée, la scène change immédiatement, l'enfant ne supporte plus la lumière, se plaint de douleurs, se cache la tête dans les oreillers et cherche l'obscurité. Nous sommes alors en face d'une affection qui peut durer des mois et des années et se terminer par la production de taies cornéennes, terminaison bien différente de la conjonctivite pustuleuse, qui disparaît sans laisser de trace dans l'espace de huit jours.

La conjonctivite pustuleuse existe-t-elle seule, isolée, on aperçoit sur un point limité de la conjonctive bulbaire une, deux ou trois pustules, de grosseur variable, mais dépassant rarement la dimension d'une tête d'épingle. Ces phlyctènes sont entourées d'une auréole d'injection conjonctivale peu intense.

Il n'y a pas lieu de confondre cette forme de conjonctivite avec la forme catarrhale. Dans la conjonctivite phlycténulaire il y a d'abord des phlyctènes, les yeux sont moins sensibles le soir que le jour, l'injection est partielle, la sécrétion de la conjonctive est peu ou pas du tout augmentée. Dans la conjonctivite catarrhale, les malades accusent plus de douleurs le soir, l'injection est généralisée et la sécrétion conjonctivale est augmentée. Les malades ont la sensation de sable dans les yeux.

Le traitement de la conjonctivite pustuleuse est bien simple il consiste à projeter du calomel à la vapeur, à l'aide d'un pinceau, sur les phlyctènes, à renouveler ce traitement tous les jours et à faire usage de compresses chaudes de camomille, fréquemment appliquées. Il faut aussi protéger l'œil contre l'action de la lumière et traiter l'état constitutionnel. La maladie dépasse rarement huit jours. Lorsque les phlyctènes sont sur le bord de la cornée, le traitement diffère un peu. Nous y reviendrons en parlant de la kératite phlycténulaire.

Considérations générales sur la physiologie du médicament. (1)

PAR L. J. V. CLÉROUX, M.D.

(*Suite et fin.*)

L'action du médicament peut s'induire de ses propriétés physiologiques. Or en parcourant le cercle que je viens d'indiquer depuis les premières et les secondes voies jusqu'à l'élément organique, et de cet élément aux issues d'élimination, le médicament agit physiologiquement sur les fonctions et les organes élémentaires ou complexes.

Cl. Bernard pense que chaque élément anatomique et fonctionnel doit reconnaître des agents excitants et des agents dépressifs spéciaux.— Il y aurait ainsi des médicaments nerveux, des médicaments vasculaires, des agents enfin capables de modifier la nutrition intime. Ce qui ressort de cette observation, c'est la démonstration notte de l'électivité médicamenteuse, c'est-à-dire l'aptitude qu'a le médicament à modifier plus spécialement tel ou tel organe au défaut des autres. L'organe ne l'appelle pas plus qu'il ne se rend vers lui par un voyage déterminé. Un médicament est une substance inerte introduite par l'absorption, emportée passivement, et qui va successivement, suivant les lois de la circulation, toucher impressionner tous les éléments organiques auxquels le plasma porte des matériaux de vie et de réparation. Les uns répondent à ce contact par des manifestations phénoménales qui sont en rapport avec leur impressionabilité et leur vie propre —les autres y restent apathiques et muets. Un seul organe parle, mais tous sont interrogés. Du silence de certains organes, du langage varié des autres à l'occasion d'une même impression médicamenteuse se forme la phrase phénoménale, c'est-à-dire la formule de son action physiologique.

L'électivité ou spécificité locale s'exerce suivant la nature du médicament à toutes les phases de l'acte circulatoire. Elle peut être provoquée dans le réseau capillaire qui l'absorbe; —Ainsi l'effet de la morphine appliquée localement. Elle peut encore se montrer dans le siége que choisit celui-ci pour s'assimiler à notre économie ou pour s'y accumuler passagèrement.

(1) Travail lu devant la *Société Médicale de Montréal.*

Enfin l'agent médicamenteux peut encore agir à sa sortie et modifier les voies par lesquelles il est spécialement éliminé.

Ici se présente tout naturellement l'élimination. On peut considérer les organes de sécrétion en y comprenant le foie et le poumon comme des soupapes de sûreté qui se lèvent pour laisser passer les substances étrangères ou inutiles à la vie ; si elles fonctionnent activement, l'économie peut supporter sans accident des doses considérables d'un médicament ; si elles jouent mal, la saturation se produit même avec des doses médiocres.

Chaque médicament a sa soupape qui s'ouvre de préférence pour lui. C'est ainsi que les chlorates, les hypophosphites, les azotates, les bromures, les iodures, le mercure, l'or, l'ipéca, etc., sont éliminés par les glandes salivaires, si on peut employer ce mot d'élimination, puisque le médicament rejeté par cette voie, est ingéré dans l'estomac et rentre dans la circulation.

Les voies respiratoires éliminent les substances gazeuses et volatiles en général ; l'oxygène et l'acide carbonique, l'alcool, le chloroforme, l'éther, les sulfureux, les huiles essentielles et les essenses de baumes, le camphre, l'ipéca, etc.

La peau élimine aussi un plus grand nombre de substances qu'on ne se l'imagine. On considère comme très probablement éliminés par cette voie les médicaments qui exercent sur les fonctions diverses de la peau une action évidente, soit qu'ils vascularisent le tégument :—belladone, jusquiame,—soit qu'ils augmentent son activité secrétoire, comme les sudorifiques, l'alcool, l'ammoniaque, l'ipécac, le thé, le café, — soit qu'ils modifient sa sensibilité et produisent du prurit : (la morphine) Au reste les substances minérales sortent aussi par cette voie : l'arsenic et l'antimoine, le mercure et le plomb ; les résines, peut-être, le curare, l'aconit et la cigüe.

Le lait est aussi un moyen d'élimination des médicaments et ce fait est devenu la base d'une méthode de traitement qui consiste à médicamenter une femelle laitière pour communiquer à son lait telle ou telle propriété thérapeutique. Il n'est pas d'organe qui joue sous ce rapport un rôle plus actif et plus général que le rein. C'est par lui que s'éliminent l'eau d'abord les sels ensuite, chlorures, bromures, iodures, sulfites et hyposulfites, phosphates, azotates, les carbonates alcalins, les métaux, mercure, argent et plomb, les antimoniaux, les glycoses et les saccharoses, le camphre, les résines et essences diverses, la rhubarbe, l'hydrocotyle, la valériane, probablement la digitale, l'aconit et la cigüe, enfin l'atropine et la quinine puis l'alcool et le thé, le café et généralement les diurétiques. Il est remarquable que les produits arsénicaux iodés et bromés

se trouvent à peu près dans presque tous les liquides de l'économie.

Le foie et la bile verraient passer de préférence les métaux, fer, mercure, argent, plomb, antimoine. L'huile de foie de morue et l'aloès passeraient surtout par le foie ou par l'intestin. La muqueuse gastro intestinale elle-même est une voie ouverte aux éliminations toxiques et médicamenteuses.

Enfin il est des agents qui en raison de la multiplicité des portes que leur ouvre l'élimination et de la facilité qu'ils trouvent à les traverser sont considérés comme des éliminateurs susceptibles de déplacer et d'entraîner avec eux des substances qui sans cela seraient retenues dans l'économie : ce sont l'eau d'abord, les iodures, les alcalins, les carbonates alcalins et aussi les chlorates alcalins, de là la grande utilité des alcalins quand il y a favoriser dans l'économie quelque travail d'élimination.

Remarquons qu'il n'est peut-être pas une substance qui ne s'élimine que par une seule voie ; la plupart sortent par plusieurs émonctoires à la fois, mais chacune a suivant sa nature une soupape à laquelle elle se présente plus volontiers et en plus grande quantité.

Il n'y a pas plus de force déterminante dans un médicament quand il s'élimine que quand il accuse une électivité. Il est passif dans les deux cas, entraîné qu'il est par la circulation ; il se présente ici à une cellule impressionnable, là à une soupape également impressionnable.

Il y a non seulement une ressemblance entre l'électivité et l'élimination, mais encore une simultanéité remarquable de production. L'électivité d'un médicament pour le rein ne tient qu'au rôle éliminateur attribué à cet organe par rapport au médicament.

Les balsamiques sont éliminés surtout par les muqueuses génito-urinaire et respiratoire et c'est pour cela qu'ils en sont les médicaments dans des maladies déterminées. Je ne doute pas que l'électivité médicamenteuse des sulfureux qui en fait surtout un moyen curatif des affections chroniques de la muqueuse respiratoire et de la peau ne tienne en partie à la direction qu'ils suivent pour s'éliminer. De même aussi les diurétiques ne sont vraisemblablement tels que parce qu'ils sortent électivement par les reins et les cholagogues que parce que la bile les entraîne.

La durée de l'élimination des médicaments varie suivant une foule de causes ; la nature du médicament, sa dose, les conditions organiques du sujet sur lequel on a expérimenté. Suivant Orfila, l'arsénic demande douze jours pour être éliminé,

le sublimé corrosif un mois, l'émétique quatre mois, plus de cinq pour le plomb et le cuivre, etc., et l'élimination ayant cessé, les organes peuvent encore contenir des quantités appréciables de poison.

Enfin, Messieurs, je termine avec les mutations chimiques du médicament.

Introduit par voie gastrique le médicament trouve dans l'estomac un milieu essentiellement favorable à des modifications chimiques. L'acide du suc gastrique sature des bases libres, décompose certains sels et fournit à la pepsine les moyens de fluidifier les substances albuminoïdes et de les transformer en peptone. Il fait aussi tenir compte des gaz de l'estomac, constitués par l'oxygène, l'acide carbonique, l'hydrogène, de l'azote, du protocarbure d'hydrogène et quelquefois de l'hydrogène sulfuré. L'acide carbonique réagit à la maniére des acides. L'azote reste inerte. L'hydrogène sulfuré transforme en sulfures insolubles le plomb le mercure et le bismuth.

Quant à l'oxygène la théorie indique qu'il doit faire subir aux éléments attaquables par ce gaz, un commencement d'oxydation.

Peut-être faudrait il tenir compte également des organismes que les médicaments comme les aliments rencontrent dans l'estomac (monades, conferves, microzoonites) auxquels certains auteurs ont attribué un rôle physiologique dans la transformation des substances introduites dans la cavité de cet organe.

Du reste la digestion des médicaments est la même que celle des aliments : les substances simples telles que les alcaloïdes, les gommes, le sucre, etc., sont absorbées directement après avoir subi une simple dissolution, les médicaments salins réactionnés ou non entrent également d'une manière directe dans l'absorption.

Arrivés dans l'intestin les médicaments rencontrent trois nouveaux réactifs, le suc pancréatique, la bile et le suc entérique. Le suc pancréatique et le suc intestinal achèvent de convertir en peptone ou albuminose les matières albuminoïdes qui n'ont pas été transformées dans l'estomac, ces deux mêmes sucs changent la fécule en dextrine et en glycose ; enfin la bile et le suc pancréatique émulsionnent les corps gras qui sont absorbés directement.

Appliqué sur la peau, le médicament y trouve le produit d'une secrétion acide, la sueur, des sels résultant de l'évaporation de celle-ci, des matières grasses, et enfin, si le malade est médicamenté par d'autres voies, des produits éliminés, et de là des occasions de mutations chimiques par la substance employée à l'extérieur.

Les substances introduites dans le tissu cellulaire au moyen des injections hypodermiques y trouvent un liquide séreux de réaction alcaline dont l'albumine les préserve des changements qu'elles éprouveraient sans elle au contact de divers principes chimiques, en particulier du chlorure de sodium que contient cette sérosité.

Une fois qu'ils ont franchi les surfaces de rapport, les médicaments circulent dans les vaisseaux lactés, lymphatiques ou veineux. Dans les premiers vaisseaux les médicaments se trouvent au contact de matières grasses émulsionnées, de fibrine, d'albumine, de matières extractives, de glycose, d'acide lactique, de divers sels. Ceux qui entrent dans les lymphatiques généraux y trouvent, sauf les différences de proportions, les mêmes éléments et de plus des produits de décomposition interstitielle, de l'urée, de l'acide lactique, de l'acide ferrique, etc. La composition du sang veineux est aussi très complexe. Si le sang artériel renferme 33 substances, le sang veineux qui contient bien plus près de leur origine les produits de l'absorption alimentaire et ceux de la résorption interstitielle a sans doute une bien autre complexité. Les médicaments chimiquement modifiables ne sauraient résister à tant de réactifs s'ils n'étaient préservés dans une mesure réelle par la présence de l'albumine avec laquelle ils doivent constituer pour la plupart des composés insolubles et devenus inattaquables. L'albumine joue un rôle des plus considérables dans le mécanisme des actions médicamenteuses. A dose relativement massive, elle devient un dissolvant pour les substances réputées insolubles et même pour celles qui en d'autres proportions la coagulent énergiquement.

Ce n'est pas tout, les substances ainsi dissoutes ont en même temps perdu quelques-unes de leurs propriétés chimiques, et les réactions auxquelles elles donnent habituellement lieu se trouvent dès lors empêchées.

Ce pouvoir que possède l'albumine d'invisquer, d'incarcérer les substances médicamenteuses aussi longtemps qu'elles parcourent le cercle vasculaire, fait comprendre pourquoi ces mêmes agents, innocents pour la membrane interne des vaisseaux, recouvrent leurs qualités irritantes dans les émonctoires qu'ils traversent. Comme conséquence de ces remarques nous voyons que les médicaments n'agissent pas sur l'organisme tant qu'ils sont charriés avec le sang dans le système circulatoire, et que leur activité ne se déploie qu'au moment où délivrés de l'albumine ils s'unissent aux éléments anatomiques du système nerveux ou des viscères ou bien se dissolvent dans une sécrétion presque exempte de principes protéiques, telles que l'urine, la sueur et le liquide rachidien.

Le médicament est arrivé dans le système artériel. Il trouve là un élément nouveau : l'oxygène, transporté par les globules rouges est doué peut-être dans le sang artériel d'une suractivité analogue à celle de l'oxygène naissant.

On commence à soupçonner quelques-unes des réactions que les médicaments subissent dans le milieu artériel. Les sels alcalins à acides végétaux se transforment en carbonates des mêmes bases. L'oxygène des globules est l'agent de cette oxydation.

Le fait très curieux que les fruits acides alcalinisent les urines est passible de la même explication : les acides végétaux subissent l'action comburante de l'oxygène des globules, sont finalement transformés en acide carbonique qui sature une partie de l'alcali du sérum et il s'élimine par les urines du carbonate de soude qui leur donne une réaction alcaline. On a expliqué par cette oxydation des acides végétaux et par la soustraction de l'oxygène des globules les effets tempérants des acidules. Les acides de certains sels s'oxygènent davantage lorsqu'ils en sont susceptibles. Les azotites alcalins se transforment en azotates si la dose de l'azotite n'est pas très considérable. Ces sels désoxygénant les globules sont des poisons de ces organismes. Le fer entré dans la circulation s'y oxyde, le bromure de potassium ne s'y décompose pas. L'iode, le brome, le phosphore, l'arsenic, etc., sont rendus inertes par l'albumine. Les acides minéraux, acides sulfurique, chlorhydrique, etc., ne peuvent circuler dans le sang artériel que neutralisés par des bases et c'est sous cette forme qu'on les retrouve dans les urines.

Un mot seulement sur l'accumulation médicamenteuse. Il y a accumulation d'un médicament dans l'économie, d'abord lorsque la combustion vasculaire ou interstitielle n'est pas suffisamment active ou que l'élimination secrétoire reste au-dessous de sa tâche. C'est pourquoi il est absolument important de toujours s'enquérir du fonctionnement des reins dans l'administration de certaines substances, telles que les sels de potasse à hautes doses, d'en réduire la quantité si les urines restent rares et de diluer ces sels dans une grande quantité d'eau. Autrement le serum du sang normalement alcalinisé par la soude, serait chargé d'une quantité surabondante de cette substance, et on comprend qu'un changement aussi radical dans l'état chimique du sang puisse amener une perturbation mortelle.

Dans un deuxième cas les médicaments se cantonnent dans un point de la circulation, en sortent pour y rentrer de nouveau et finissent par réaliser des effets toxiques généraux ou locaux.

Quelquefois enfin les conditions physiologiques de l'absorption locale ayant manqué, ce qui arrive dans certaines grandes perturbations de l'économie, choléra, algidité herniaire, les doses apparaissent insuffisantes alors qu'elles étaient momentanément inertes; on les élève et l'organisme rentrant dans ses conditions normales on voit des effets d'accumulation se produire.

Un dernier effet d'ordre tout vital consiste en ceci que les premières doses ont monté les organes sur lesquels se concentre l'action médicamenteuse à un rythme tel qu'une dose usuelle développe des effets en disproportion avec elle.

Chimie Médicale.

(*Suite.*)

SEDIMENTS DE L'URINE.

Nous désignons sous le nom de sédiments urinaires les dépôts qui se forment dans l'urine, au bout d'un temps plus ou moins long après son émission. Un sédiment formé de grains sablonneux, assez gros pour être visibles à l'œil nu, s'appelle gravelle, et lorsque ces grains sont plus volumineux ils portent le nom de graviers. Le microscope seul peut nous donner une certitude absolue sur la nature des premiers, tels sont: le mucus et les épithéliums, le pus, les matières cancéreuses et tuberculeuses, les cylindres, et tubes urinifères, les infusoires, les spermatozoïdes.

Les dépôts non organisés ou cristallins sont: l'acide urique et les urates, les phosphates terreux (phosphate de chaux et phosphate ammoniaco-magnésien,) oxalate de chaux, cystine, xanthine, hypoxanthine, tyrosine.

Les sédiments ont une double signification pour le médecin praticien.

1o. Ils indiquent certains désordres dans l'assimilation et la désassimilation, tels sont les oxalates, les urates etc.

2o. Ils apprennent au médecin qu'il existe quelque lésion locale dans le système uropoïétique, comme l'indique par exemple la présence du pus et d'un excès de mucus.

Quelques sédiments n'apparaissent qu'après que l'urine a été émise; d'autres prennent naissance dans l'intérieur des voies urinaires. Dans ce dernier cas nous avons tout lieu de

craindre la formation de calculs urinaires. Il est donc indispensable pour le médecin de distinguer ces deux circonstances.

Essayons de rendre compte de leur signification respective.

SEDIMENTS CRISTALLINS OU NON ORGANISES

§ 1 Acide urique et urates.

I.

Ce sont les plus communs et les plus importants de tous les sédiments urinaires. Ils ne se forment généralement que lorsque l'urine est refroidie, pour la bonne raison qu'ils sont presqu'insolubles dans l'urine froide et passablement solubles dans l'urine chaude.

Leur aspect est très variable: ils peuvent être de couleur rouge brique, de couleur canelle, de couleur rose.

La détermination de leur base, soude, potasse, ammoniaque, chaux, est sans importance pour la clinique.

II.

L'urine est ordinairement très colorée, très acide, et d'une forte densité (1027.)

En faisant chauffer l'urine, le sédiment se redissout, il se dépose de nouveau par le refroidissement, ce qui le fait distinguer aisément des autres dépôts urinaires.

III.

Murexide.

Séparez le sédiment par filtration, versez dessus de l'acide nitrique concentré. Il se dissout avec effervescence et forme une masse cristalline. Chauffez cette masse et évaporez jusqu'à siccité. Ajoutez ensuite quelques gouttes d'ammoniaque; elle devient pourpre ou rouge violet (murexide ou purpurate d'ammoniaque). Cette réaction ne vous laisse plus aucun doute sur la présence de l'acide urique.

SIGNIFICATION.—Les maladies fébriles sont les conditions les plus fréquentes qui donnent lieu à la formation des sédiments d'acide urique et d'urates. Ces sédiments indiquent un défaut d'oxidation des produits de la désassimilation. Leur présence dans l'urine est considérée comme critique et souvent favorable au rétablissement du malade.

Il est important de s'assurer si, par suite de la concentration de l'urine, l'acide urique et les urates ne se déposent pas dans la vessie, parcequ'alors nous aurions lieu de craindre la formation de calculs d'acide urique rénaux ou vésicaux.

§ 2 Phosphates terreux.

(PHOSPHATE DE CHAUX ET PHOSPHATE AMMONIACO-MAGNESIEN).

I.

Parmi les phosphates contenus dans l'urine les phosphates terreux sont les seuls insolubles; aussi les sédiments ne peuvent-ils être formés que de ceux-ci. Contrairement à ce qui a lieu pour les sédiments d'acide urique on les trouve surtout dans les maladies chroniques et les urines alcalines. Ils se déposent lorsque l'urine prend la fermentation alcaline. Ils ne se rencontrent jamais dans une urine normale.

Ils sont insolubles dans l'eau chaude, se dissolvent très bien lorsqu'on ajoute de l'acide acétique, ce qui les distingue des cristaux d'oxalate de chaux. Une urine contenant de l'acide carbonique peut tenir en dissolution du phosphate de chaux qui se précipite par la chaleur.

II

Comment distinguer les phosphates terreux des autres sédiments.

A. Les urates se dissolvent facilement lorsqu'on chauffe l'urine, les phosphates restent insolubles. Réaction de la murexide.

B. L'oxalate de chaux est insoluble dans l'acide acétique, qui dissout facilement les phosphates.

SIGNIFICATION.—1o. Ils font connaître au médecin l'existence d'un état alcalin de l'urine et les conséquences qui en résultent; ils lui montrent la nécessité d'en rechercher la cause (voir considérations générales sur l'urine au paragraphe *Réaction.*)

2o. Si un sédiment de phosphate terreux existe au moment de l'émission de l'urine, il est évident qu'il s'est formé dans l'intérieur de la vessie, et si ce phénomène dure longtemps, on a à craindre la formation de calculs phosphatiques.

§ 3. Oxalate de chaux.

1

Apparence générale du dépôt.

L'acide oxalique ne se rencontre dans l'urine qu'en combinaison avec la chaux.

L'urine qui dépose de l'oxalate de chaux est généralement fortement colorée (ambre foncé) et acide, rarement neutre.

Le dépôt est très-léger, sans couleur et ressemble à un petit nuage de mucus. Il est souvent mêlé à un dépôt d'acide urique et d'urates amorphes. Une urine fraîchement émise qui doit déposer de l'oxalate de chaux est traversée par un

grand nombre de lignes fines transversales et obliques, donnant au verre l'apparence d'être finement rayé. Le sédiment est divisé en deux parties, l'une qui occupe le centre du vase, ayant l'apparence d'une légère couche de mercure d'un gris pâle, l'autre, recouvrant la première est ondulée et ressemble à une couche de neige. Les cristaux ont la forme d'enveloppes de lettre, ils sont trop petits pour être distingués à l'œil nu.

Après les urates, l'oxalate de chaux est le sédiment inorganique le plus commun.

II.

Solubilité.

Facilement soluble dans les acides minéraux, sans effervescence, ainsi que dans le phosphate acide de soude.

Insoluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, les alcalis, les acides végétaux.

Se distingue des phosphates par son insolubilité dans l'acide acétique.

CAUSES ET SIGNIFICATIONS.—1. Plusieurs aliments contiennent de l'acide oxalique et de l'oxalate de chaux (l'oseille, les tomates, les racines de rhubarbe, etc.,) et peuvent occasionner temporairement un sédiment dans l'urine.

2. L'acide oxalique se trouve parmi les produits de la métamorphose des substances animales, végétales ou minérales. Il se forme par l'oxidation de l'acide urique, de la créatinine, de la leucine, etc. Il peut aussi provenir de l'oxydation incomplète du sucre, de l'amidon et des sels à acides végétaux, lorsqu'il survient des troubles dans la respiration et que l'absorption de l'oxigène est entravée.

Signification 1. La présence de l'acide oxalique dans l'urine est temporaire. Dans ce cas le pronostic est favorable.

2. De grandes quantités d'acide oxalique apparaissent dans l'urine pendant des semaines et même des mois; il y a ce qu'on appelle une oxalurie ou diathèse oxalique.

a. Nous avons à craindre qu'il se forme dans les reins ou dans la vessie des calculs d'oxalate de chaux, désignés sous le nom de calculs muraux.

b. L'acide oxalique, par son action vénéneuse sur l'économie générale, principalement sur le cœur et le système nerveux, peut amener les accidents les plus graves.

Traitement :—

Acide chlorhydrique dilué..... ...	15 grammes.
Acide nitrique.....	
Eau.....	45 grammes.
Sirop	15 grammes.

Dose.—1 cuillerée à thé de ce mélange dans un grand verre d'eau, avant chaque repas.

Faire pendant longtemps usage de viande, de lait, de végétaux farineux ; proscrire complètement les substances sucrées ; se vêtir chaudement et prendre des bains tièdes.

§ 4. Cystine ; leucine ; tyrosine ; xanthine.

Sédiments cristallins très rares, provenant de la métamorphose incomplète des substances azotées protéïques. Ces sédiments n'ont pas une grande importance pour la clinique.

DR N. FAFARD.

(*à continuer.*)

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Rhumatisme cérébral.—Eclampsie des vieillards, diabète.

Charles F... 30 ans, est admis à l'Hôpital Notre-Dame (salle St. Jean de Dieu, No. 15,) le 13 mars 1882 souffrant de rhumatisme articulaire aigu. La maladie date déjà de huit jours et affecte les articulations du genou, du cou-de-pied et du poignet des deux côtés. Le malade est un alcolique confirmé ; tempérament lymphatique. On le met immédiatement au salicylate de soude, 13 gr. toutes les trois heures. Le soir, le pouls est à 118, temp. 102½.

Le lendemain matin, le pouls tombe à 90 et la température à 101°. Le malade se dit mieux, on continue le même traitement. Diète liquide.

Le 15, la température est à 102°, on suspend l'usage du salicylate. Des vésicatoires sont appliqués sur les articulations malades.

Du 16 au 22 l'état du malade reste à peu près le même. Les douleurs sont un peu moindres. La température éprouve de notables fluctuations, étant à 103½ et 104° le soir, à 99½ et 100° le matin.

Les vésicatoires ont beaucoup rendu. On les a remplacés par des cataplasmes fréquemment renouvelés. Le malade est

assez calme. Appétit nul. Quelques selles diarrhétiques de temps à autre; on prescrit quelques doses de craie composée.

Du 22 au 27, le patient a du délire. Ce délire est presque toujours calme, cependant il est bruyant parfois et d'une violence variable. Le malade dort peu; l'appétit est nul; il n'y a pas de vomissements. Le patient accuse une céphalalgie frontale et occipitale assez intense. Il n'y a pas d'intolérance des sons ni de photophobie. La face est pâle; on ne remarque ni paralysie ni contracture; pas de convulsions, pas de strabisme. La respiration est naturelle. Le pouls, variant entre 110 et 130 est petit, faible mais régulier. La température varie entre 102½° le matin et 103 et 103½° le soir.

On prescrit: Esprit de nitre ʒi, toutes les quatre heures.

Le 27 ces divers symptômes s'amendent quelque peu. Le délire cesse et la température tombe à 100½ le matin du 28.

Du 28 mars au 15 avril la température se maintient régulièrement assez élevée, 100½ le matin et 101½ le soir. Les douleurs articulaires persistent encore quoique moins intenses qu'au début; de fait elles vont diminuant d'intensité tous les jours. L'appétit revient graduellement. Le malade qui a souffert de plaies de lit malgré toutes les précautions prises pour prévenir de semblables accidents, commence à se mouvoir un peu. Le 15 il essaie quelques pas autour de son lit. La convalescence est établie et le patient laisse l'hôpital le 10 mai. L'auscultation du cœur révèle un bruit de souffle au premier temps, à la pointe du cœur, indice d'une insuffisance de la mitrale. Depuis le 15 avril le malade prend l'iodure de potassium à dose de 10 gr 3 fois par jour.

Observations de M. le Prof. Laramée :

Les accidents cérébraux se rencontrent rarement dans le cours du rhumatisme articulaire et se rattachent à des dispositions spéciales acquises ou héréditaires, c'est-à-dire qu'ils affectent plus spécialement les alcooliques, les sujets nerveux ou aliénés.

Le méningite, l'embolie cérébrale, les hémorrhagies méningées, l'hydrocéphalie peuvent quelquefois rendre compte des accidents cérébraux mais, dans la majorité des cas, les accidents du rhumatisme cérébral sont ceux d'une névrose, c'est-à-dire que la modification qui se passe dans la substance nerveuse est insaisissable. En effet, l'autopsie dans un grand nombre de cas ne révèle aucune lésion appréciable de l'encéphale ou de ses enveloppes, cependant dans quelques cas, on trouve des modifications analogues à celles que l'on constate dans les articulations enflammées.

Dans la méningite ordinaire, on observe ordinairement les vomissements, beaucoup d'agitation, une céphalalgie plus ou moins violente, des troubles oculaires, des convulsions, surtout chez les enfants, de la constipation, etc., mais, dans le rhumatisme cérébral, le tableau clinique est différent, le malade est pris d'agitation, de délire calme ou quelquefois bruyant, puis il tombe dans le coma et meurt souvent au bout de quelques heures, ou un jour ou deux après.

Comme le rhumatisme persiste encore dans les articulations lorsqu'il se manifeste au cerveau, l'on ne peut pas dire que cet accident survienne par métastase, mais le rhumatisme continue sa marche envahissante comme lorsqu'il s'étend au péricarde, à l'endocarde où à la plèvre.

Le rhumatisme cérébral se termine très souvent par la mort.

Eclampsie des vieillards, diabète.—Dame A. N**, 57 ans, est admise à l'hôpital le 13 octobre 1881. Elle est prise de convulsions éclamptiques se montrant surtout au côté droit, et faisant exécuter à la malade des mouvements giratoires qui la jettent à bas de son lit.

Les mouvements convulsifs se répètent à peu près trois ou quatre fois par jour pendant les premiers jours que la malade passe à l'hôpital. Ils la laissent dans un état voisin du coma; le côté droit est alors demi paralysé, la malade peut à peine exécuter quelques mouvements volontaires de ce côté: la paralysie est moins évidente à la face. Au reste l'hémiplégie n'est pas toujours constante. En même temps, il y a contracture de la main droite. La céphalalgie est intense du côté gauche. L'examen du fond de l'œil ne révèle rien d'anormal. La mémoire est beaucoup diminuée; la patiente ne répond qu'avec grande peine et lenteur aux questions qu'on lui pose.

Les artères radiales sont affectées d'athérome, surtout celle du côté droit.

Au bout de quelques jours les convulsions se répètent moins souvent. L'intelligence semble plus lucide, la mémoire revient graduellement. La malade à été mise à l'iodure de potassium combiné au brômure. Elle peut se lever et faire quelques pas dans la chambre. Les symptômes de paralysie disparaissent. Aucune autre convulsion ne survient et la patiente laisse l'hôpital le 6 novembre. Elle y entre de nouveau le 20 juin 1882. Cette fois il n'y a pas de convulsions à proprement parler, mais des tremblements dans la jambe droite, avec parésie de ce membre. Il y a céphalgie persistante. L'intelligence et la mémoire sont améliorées. La malade boit de grandes quan-

le sublimé corrosif un mois, l'émétique quatre mois, plus de cinq pour le plomb et le cuivre, etc., et l'élimination ayant cessé, les organes peuvent encore contenir des quantités appréciables de poison.

Enfin, Messieurs, je termine avec les mutations chimiques du médicament.

Introduit par voie gastrique le médicament trouve dans l'estomac un milieu essentiellement favorable à des modifications chimiques. L'acide du suc gastrique sature des bases libres, décompose certains sels et fournit à la pepsine les moyens de fluidifier les substances albuminoïdes et de les transformer en peptone. Il fait aussi tenir compte des gaz de l'estomac, constitués par l'oxygène, l'acide carbonique, l'hydrogène, de l'azote, du protocarbure d'hydrogène et quelquefois de l'hydrogène sulfuré. L'acide carbonique réagit à la maniére des acides. L'azote reste inerte. L'hydrogène sulfuré transforme en sulfures insolubles le plomb le mercure et le bismuth.

Quant à l'oxygène la théorie indique qu'il doit faire subir aux éléments attaquables par ce gaz, un commencement d'oxydation.

Peut-être faudrait il tenir compte également des organismes que les médicaments comme les aliments rencontrent dans l'estomac (monades, conferves, microzoonites) auxquels certains auteurs ont attribué un rôle physiologique dans la transformation des substances introduites dans la cavité de cet organe.

Du reste la digestion des médicaments est la même que celle des aliments : les substances simples telles que les alcaloïdes, les gommes, le sucre, etc., sont absorbées directement après avoir subi une simple dissolution, les médicaments salins réactionnés ou non entrent également d'une manière directe dans l'absorption.

Arrivés dans l'intestin les médicaments rencontrent trois nouveaux réactifs, le suc pancréatique, la bile et le suc entérique. Le suc pancréatique et le suc intestinal achèvent de convertir en peptone ou albuminose les matières albuminoïdes qui n'ont pas été transformées dans l'estomac, ces deux mêmes sucs changent la fécule en dextrine et en glycose ; enfin la bile et le suc pancréatique émulsionnent les corps gras qui sont absorbés directement.

Appliqué sur la peau, le médicament y trouve le produit d'une secrétion acide, la sueur, des sels résultant de l'évaporation de celle-ci, des matières grasses, et enfin, si le malade est médicamenté par d'autres voies, des produits éliminés, et de là des occasions de mutations chimiques par la substance employée à l'extérieur.

Les substances introduites dans le tissu cellulaire au moyen des injections hypodermiques y trouvent un liquide séreux de réaction alcaline dont l'albumine les préserve des changements qu'elles éprouveraient sans elle au contact de divers principes chimiques, en particulier du chlorure de sodium que contient cette sérosité.

Une fois qu'ils ont franchi les surfaces de rapport, les médicaments circulent dans les vaisseaux lactés, lymphatiques ou veineux. Dans les premiers vaisseaux les médicaments se trouvent au contact de matières grasses émulsionnées, de fibrine, d'albumine, de matières extractives, de glycose, d'acide lactique, de divers sels. Ceux qui entrent dans les lymphatiques généraux y trouvent, sauf les différences de proportions, les mêmes éléments et de plus des produits de décomposition interstitielle, de l'urée, de l'acide lactique, de l'acide ferrique, etc. La composition du sang veineux est aussi très complexe. Si le sang artériel renferme 33 substances, le sang veineux qui contient bien plus près de leur origine les produits de l'absorption alimentaire et ceux de la résorption interstitielle a sans doute une bien autre complexité. Les médicaments chimiquement modifiables ne sauraient résister à tant de réactifs s'ils n'étaient préservés dans une mesure réelle par la présence de l'albumine avec laquelle ils doivent constituer pour la plupart des composés insolubles et devenus inattaquables. L'albumine joue un rôle des plus considérables dans le mécanisme des actions médicamenteuses. A dose relativement massive, elle devient un dissolvant pour les substances réputées insolubles et même pour celles qui en d'autres proportions la coagulent énergiquement.

Ce n'est pas tout, les substances ainsi dissoutes ont en même temps perdu quelques-unes de leurs propriétés chimiques, et les réactions auxquelles elles donnent habituellement lieu se trouvent dès lors empêchées.

Ce pouvoir que possède l'albumine d'invisquer, d'incarcérer les substances médicamenteuses aussi longtemps qu'elles parcourent le cercle vasculaire, fait comprendre pourquoi ces mêmes agents, innocents pour la membrane interne des vaisseaux, recouvrent leurs qualités irritantes dans les émonctoires qu'ils traversent. Comme conséquence de ces remarques nous voyons que les médicaments n'agissent pas sur l'organisme tant qu'ils sont charriés avec le sang dans le système circulatoire, et que leur activité ne se déploie qu'au moment où délivrés de l'albumine ils s'unissent aux éléments anatomiques du système nerveux ou des viscères ou bien se dissolvent dans une sécrétion presque exempte de principes protéiques, telles que l'urine, la sueur et le liquide rachidien.

le sublimé corrosif un mois, l'émétique quatre mois, plus de cinq pour le plomb et le cuivre, etc., et l'élimination ayant cessé, les organes peuvent encore contenir des quantités appréciables de poison.

Enfin, Messieurs, je termine avec les mutations chimiques du médicament.

Introduit par voie gastrique le médicament trouve dans l'estomac un milieu essentiellement favorable à des modifications chimiques. L'acide du suc gastrique sature des bases libres, décompose certains sels et fournit à la pepsine les moyens de fluidifier les substances albuminoïdes et de les transformer en peptone. Il fait aussi tenir compte des gaz de l'estomac, constitués par l'oxygène, l'acide carbonique, l'hydrogène, de l'azote, du protocarbure d'hydrogène et quelquefois de l'hydrogène sulfuré. L'acide carbonique réagit à la maniére des acides. L'azote reste inerte. L'hydrogène sulfuré transforme en sulfures insolubles le plomb le mercure et le bismuth.

Quant à l'oxygène la théorie indique qu'il doit faire subir aux éléments attaquables par ce gaz, un commencement d'oxydation.

Peut-être faudrait il tenir compte également des organismes que les médicaments comme les aliments rencontrent dans l'estomac (monades, conferves, microzoonites) auxquels certains auteurs ont attribué un rôle physiologique dans la transformation des substances introduites dans la cavité de cet organe.

Du reste la digestion des médicaments est la même que celle des aliments : les substances simples telles que les alcaloïdes, les gommes, le sucre, etc., sont absorbées directement après avoir subi une simple dissolution, les médicaments salins réactionnés ou non entrent également d'une manière directe dans l'absorption.

Arrivés dans l'intestin les médicaments rencontrent trois nouveaux réactifs, le suc pancréatique, la bile et le suc entérique. Le suc pancréatique et le suc intestinal achèvent de convertir en peptone ou albuminose les matières albuminoïdes qui n'ont pas été transformées dans l'estomac, ces deux mêmes sucs changent la fécule en dextrine et en glycose ; enfin la bile et le suc pancréatique émulsionnent les corps gras qui sont absorbés directement.

Appliqué sur la peau, le médicament y trouve le produit d'une secrétion acide, la sueur, des sels résultant de l'évaporation de celle-ci, des matières grasses, et enfin, si le malade est médicamenté par d'autres voies, des produits éliminés, et de là des occasions de mutations chimiques par la substance employée à l'extérieur.

Les substances introduites dans le tissu cellulaire au moyen des injections hypodermiques y trouvent un liquide séreux de réaction alcaline dont l'albumine les préserve des changements qu'elles éprouveraient sans elle au contact de divers principes chimiques, en particulier du chlorure de sodium que contient cette sérosité.

Une fois qu'ils ont franchi les surfaces de rapport, les médicaments circulent dans les vaisseaux lactés, lymphatiques ou veineux. Dans les premiers vaisseaux les médicaments se trouvent au contact de matières grasses émulsionnées, de fibrine, d'albumine, de matières extractives, de glycose, d'acide lactique, de divers sels. Ceux qui entrent dans les lymphatiques généraux y trouvent, sauf les différences de proportions, les mêmes éléments et de plus des produits de décomposition interstitielle, de l'urée, de l'acide lactique, de l'acide ferrique, etc. La composition du sang veineux est aussi très complexe. Si le sang artériel renferme 33 substances, le sang veineux qui contient bien plus près de leur origine les produits de l'absorption alimentaire et ceux de la résorption interstitielle a sans doute une bien autre complexité. Les médicaments chimiquement modifiables ne sauraient résister à tant de réactifs s'ils n'étaient préservés dans une mesure réelle par la présence de l'albumine avec laquelle ils doivent constituer pour la plupart des composés insolubles et devenus inattaquables. L'albumine joue un rôle des plus considérables dans le mécanisme des actions médicamenteuses. A dose relativement massive, elle devient un dissolvant pour les substances réputées insolubles et même pour celles qui en d'autres proportions la coagulent énergiquement.

Ce n'est pas tout, les substances ainsi dissoutes ont en même temps perdu quelques-unes de leurs propriétés chimiques, et les réactions auxquelles elles donnent habituellement lieu se trouvent dès lors empêchées.

Ce pouvoir que possède l'albumine d'invisquer, d'incarcérer les substances médicamenteuses aussi longtemps qu'elles parcourent le cercle vasculaire, fait comprendre pourquoi ces mêmes agents, innocents pour la membrane interne des vaisseaux, recouvrent leurs qualités irritantes dans les émonctoires qu'ils traversent. Comme conséquence de ces remarques nous voyons que les médicaments n'agissent pas sur l'organisme tant qu'ils sont charriés avec le sang dans le système circulatoire, et que leur activité ne se déploie qu'au moment où délivrés de l'albumine ils s'unissent aux éléments anatomiques du système nerveux ou des viscères ou bien se dissolvent dans une sécrétion presque exempte de principes protéiques, telles que l'urine, la sueur et le liquide rachidien.

le sublimé corrosif un mois, l'émétique quatre mois, plus de cinq pour le plomb et le cuivre, etc., et l'élimination ayant cessé, les organes peuvent encore contenir des quantités appréciables de poison.

Enfin, Messieurs, je termine avec les mutations chimiques du médicament.

Introduit par voie gastrique le médicament trouve dans l'estomac un milieu essentiellement favorable à des modifications chimiques. L'acide du suc gastrique sature des bases libres, décompose certains sels et fournit à la pepsine les moyens de fluidifier les substances albuminoïdes et de les transformer en peptone. Il fait aussi tenir compte des gaz de l'estomac, constitués par l'oxygène, l'acide carbonique, l'hydrogène, de l'azote, du protocarbure d'hydrogène et quelquefois de l'hydrogène sulfuré. L'acide carbonique réagit à la maniére des acides. L'azote reste inerte. L'hydrogène sulfuré transforme en sulfures insolubles le plomb le mercure et le bismuth.

Quant à l'oxygène la théorie indique qu'il doit faire subir aux éléments attaquables par ce gaz, un commencement d'oxydation.

Peut-être faudrait il tenir compte également des organismes que les médicaments comme les aliments rencontrent dans l'estomac (monades, conferves, microzoonites) auxquels certains auteurs ont attribué un rôle physiologique dans la transformation des substances introduites dans la cavité de cet organe.

Du reste la digestion des médicaments est la même que celle des aliments : les substances simples telles que les alcaloïdes, les gommes, le sucre, etc., sont absorbées directement après avoir subi une simple dissolution, les médicaments salins réactionnés ou non entrent également d'une manière directe dans l'absorption.

Arrivés dans l'intestin les médicaments rencontrent trois nouveaux réactifs, le suc pancréatique, la bile et le suc entérique. Le suc pancréatique et le suc intestinal achèvent de convertir en peptone ou albuminose les matières albuminoïdes qui n'ont pas été transformées dans l'estomac, ces deux mêmes sucs changent la fécule en dextrine et en glycose ; enfin la bile et le suc pancréatique émulsionnent les corps gras qui sont absorbés directement.

Appliqué sur la peau, le médicament y trouve le produit d'une secrétion acide, la sueur, des sels résultant de l'évaporation de celle-ci, des matières grasses, et enfin, si le malade est médicamenté par d'autres voies, des produits éliminés, et de là des occasions de mutations chimiques par la substance employée à l'extérieur.

Les substances introduites dans le tissu cellulaire au moyen des injections hypodermiques y trouvent un liquide séreux de réaction alcaline dont l'albumine les préserve des changements qu'elles éprouveraient sans elle au contact de divers principes chimiques, en particulier du chlorure de sodium que contient cette sérosité.

Une fois qu'ils ont franchi les surfaces de rapport, les médicaments circulent dans les vaisseaux lactés, lymphatiques ou veineux. Dans les premiers vaisseaux les médicaments se trouvent au contact de matières grasses émulsionnées, de fibrine, d'albumine, de matières extractives, de glycose, d'acide lactique, de divers sels. Ceux qui entrent dans les lymphatiques généraux y trouvent, sauf les différences de proportions, les mêmes éléments et de plus des produits de décomposition interstitielle, de l'urée, de l'acide lactique, de l'acide ferrique, etc. La composition du sang veineux est aussi très complexe. Si le sang artériel renferme 33 substances, le sang veineux qui contient bien plus près de leur origine les produits de l'absorption alimentaire et ceux de la résorption interstitielle a sans doute une bien autre complexité. Les médicaments chimiquement modifiables ne sauraient résister à tant de réactifs s'ils n'étaient préservés dans une mesure réelle par la présence de l'albumine avec laquelle ils doivent constituer pour la plupart des composés insolubles et devenus inattaquables. L'albumine joue un rôle des plus considérables dans le mécanisme des actions médicamenteuses. A dose relativement massive, elle devient un dissolvant pour les substances réputées insolubles et même pour celles qui en d'autres proportions la coagulent énergiquement.

Ce n'est pas tout, les substances ainsi dissoutes ont en même temps perdu quelques-unes de leurs propriétés chimiques, et les réactions auxquelles elles donnent habituellement lieu se trouvent dès lors empêchées.

Ce pouvoir que possède l'albumine d'invisquer, d'incarcérer les substances médicamenteuses aussi longtemps qu'elles parcourent le cercle vasculaire, fait comprendre pourquoi ces mêmes agents, innocents pour la membrane interne des vaisseaux, recouvrent leurs qualités irritantes dans les émonctoires qu'ils traversent. Comme conséquence de ces remarques nous voyons que les médicaments n'agissent pas sur l'organisme tant qu'ils sont charriés avec le sang dans le système circulatoire, et que leur activité ne se déploie qu'au moment où délivrés de l'albumine ils s'unissent aux éléments anatomiques du système nerveux ou des viscères ou bien se dissolvent dans une sécrétion presque exempte de principes protéiques, telles que l'urine, la sueur et le liquide rachidien.

l'acide muriatique avant ou après la neutralisation, bien qu'il semble que le principe digestif doive être mis en liberté par l'acide nitrique seul à mesure que la pepsine se dissout.

La pepsine dissoute dans l'acide nitrique est certainement la forme la plus douce sous laquelle elle puisse être prescrite et si elle est aussi efficace que la pepsine dissoute dans l'acide muriatique ce serait une préparation bien plus agréable. La pepsine combinée avec le citrate d'ammoniaque donne une préparation stable et forme avec certaines substances aromatiques, de l'eau de vie ou du sirop, un excellent elixir.

Le Dr Hager rapporte que le Dr Weiler se servait, il y a deux ans, d'une préparation de pepsine sous forme de tablettes, dans le cas d'une jeune fille de 13 ans qui suivant le Dr Weiler souffrait de dyspepsie, tandis que les parents croyaient que l'enfant souffrait du tœnia. L'enfant fut guéri quelques jours après l'administration de ces tablettes préparées d'après la formule suivante :

Pepsine pure	ʒiv
Acide muriatique	grs xlv
Eau distillée	grs xv
Glycérine	ʒjgs
Poudre de gomme adraganthe	grs jx

Mêlez et divisez en 50 tablettes.

Dose.—5 tablettes par jour, avec de l'eau.

Dans ce cas-ci le Dr Weiler avait apparemment administré la pepsine contre la dyspepsie.—*Druggist Circular.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Manuel opératoire de l'opération du phimosis.— Dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, le docteur Auguste Reverdin propose quelques précautions particulières pour l'opération du phimosis. Une injection détersive ayant, autant que possible, balayé les impuretés retenues dans la cavité préputiale, et le pénis étant soigneusement lavé, il le fait passer à travers une ouverture pratiquée dons un morceau de toile imperméable (*mackintosh*) d'environ 40 centimètres sur 30 centimètres ; cette ouverture, située à quelques centimètres du bord supérieur de la toile, devra être un peu inférieure comme

dimension à la circonférence du pénis, afin de l'embrasser exactement. La toile imperméable remplit plusieurs indications; elle isole le champ opératoire, refoule les poils de la région, et prévient l'irritation souvent fort douloureuse que causent les lavages phéniqués et surtout la pulvérisation d'éther sur le scrotum: par excès de précaution, on l'enduit encore d'onguent borique. Eufin cette toile qui restera, non seulement durant l'opération, mais encore pendant toute la durée du traitement, permet au malade d'uriner sans salir son lit, sans avoir même à toucher l'organe opéré, puisqu'il suffira, ayant rassemblé la partie inférieure de la toile, de la placer dans un récipient pour la transformer en une sorte de gouttière qui conduira sûrement l'urine et évitera toute souillure; l'application de compresses phéniquées qui constitue tout le pansement sera aussi très simple et se fera sans risque de mouiller les cuisses ni le scrotum.

La pince destinée à saisir le prépuce est une pince en T dont les mors sont fenestrés; les branches de la pince s'écartent brusquement au-dessous des mors afin de laisser entre ceux-ci et l'articulation un espace dans lequel l'extrémité du prépuce trouvera facilement place. Vers les anneaux se trouvent deux crans d'arrêt qui permettent de maintenir la pince plus ou moins fortement serrée. L'instrument a 10 centimètres de longueur, les branches transversales fenestrées 8 centimètres, et, vu leur disposition en T, elles se ferment absolument parallèlement, par conséquent étreignent également toutes les parties à diviser. Il faut saisir le prépuce à partir du filet obliquement et plus ou moins haut sur la face dorsale du gland. Lorsqu'on est sûr que la prise est bonne, on ferme la pince, et, quoiqu'elle porte deux crans d'arrêt, il est ordinairement suffisant de s'en tenir au premier. Ceci fait, on procède à l'anesthésie locale; elle est en général rapide, ce qui tient au peu d'épaisseur des tissus, à un certain degré de refroidissement dû aux lavages, mais surtout à la gêne circulatoire créée par la constriction de la pince. La peau ayant fortement blanchi sous l'influence de l'évaporation de l'éther, on passe vivement un bistouri à lame longue et étroite dans la fenêtre de la pince et la partie cutanée du prépuce est retranchée en un tour de main. Avec une paire de ciseaux droits, M. Reverdin fend la muqueuse suivant la ligne médiane jusqu'à 6 ou 7 millimètres de la couronne du gland et de là, de chaque côté, jusqu'au filet, de telle sorte qu'il reste tout autour du gland une collerette de muqueuse haute de quelques millimètres.

L'hémostase est chose simple, 4 ou 5 petits vaisseaux tout au plus sont justiciables de la ligature (catgut très mince); on laisse saigner quelques minutes en lavant la plaie avec de la

solution phéniquée à 3 p. 100. On enlève avec l'éponge le sang infiltré, puis on réunit avec des serres-fines, ni trop larges, ni trop fortes. Il faut s'assurer qu'elles fonctionnent bien, et ne pas craindre d'en placer un grand nombre (16 à 20). Pour chercher la première intention absolue, une condition capitale c'est la propreté parfaite de ces petits instruments; aussi M. Reverdin les renferme dans un flacon rempli de solution phéniquée à 5 p. 100. Douze heures après l'opération il enlève la moitié des serres-fines, et douze heures après les dernières.

Pour combattre les érections, il conseille de renouveler souvent les compresses phéniquées froides.

Pour placer les serres-fines sur la muqueuse et la peau tenues par un aide adroit avec deux pinces, il a fait construire une pince *porte-serre-fine*; c'est une pince à dissection, un peu large, à laquelle on a ajouté vers l'extrémité de chaque branche un petit plateau horizontal sur lequel repose la serre-fine; de la sorte on a un instrument bien en main, avec lequel on ouvre facilement la serre-fine et on la place, sans risque de gêner, avec ses doigts crispés sur une petite serre-fine, l'aide pendant qu'il s'efforce de ramener et de maintenir en contact les parties à réunir. Il s'en sert également pour enlever les serres-fines.

L'opéré garde le lit trois ou quatre jours et, lorsqu'il se lève, si son gland est trop sensible, il le protège dans un large condom.

—

Greffe à l'éponge suivie de succès.—Voilà certes un procédé peu connu parmi nous et que personne n'a encore expérimenté ici. Nous empruntons au *Medical and Surgical Reporter* et traduisons textuellement le cas suivant du Dr N. Porritt tel que publié dans le *Medical Journal*, d'Edimbourg.

Le patient, âgé de quatorze ans et employé comme *chauffeur* dans une mine, voulant descendre trois ou quatre marches au bas desquelles se trouvait un tambour de meule animé d'un mouvement de rotation rapide, perdit l'équilibre et se frappa la joue droite contre le bord du tambour. L'accident eut lieu le 7 novembre 1881. A son entrée à l'hôpital le même jour, je vis un adolescent pâle, quelque peu anémique et portant sur la joue droite une plaie excavée, contuse, de forme ovale et située obliquement sur la joue. La blessure avait quatre pouces dans son grand diamètre et deux pouces de largeur, se terminant en pointe aux deux extrémités et avait tout l'apparence d'une brûlure à cause sans doute de la friction qui l'avait produite. J'ordonnais des cataplasmes que je remplai par l'huile carbolique quand l'escharе commença à se détacher.

21 Novembre. Il y a aujourd'hui une cavité d'un tiers de pouce de profondeur au centre, de forme et de la dimension ci-dessus mentionnées et recouverte de granulations pâles. Une tranche d'éponge préparée d'après les directions du Dr Hamilton et modélée sur la forme de la plaie est placée dans la cavité de façon à ce quelle ne dépasse pas le niveau de la peau environnante. Un morceau de dextrine ou de protective recouvre l'éponge et le tout est maintenu en position par des bandelettes de diachylon. Deux épaisseurs de lint boraté, de la ouate et un bandage complètent le pansement.

22 novembre. Le pansement est renouvelé à 11 hrs. p. m., vû qu'il est souillé de pus. L'éponge est fortement adhérente et recouverte d'un liquide purulent inodore, les bords en sont blanc jaunâtres.

28 novembre. Le pansement est changé et la plaie lotionnée tous les jours. La surface de l'éponge est noire et en exerçant de légères tractions sur sa partie inférieure le bord de la plaie est étiré dans le même sens. L'extrémité inférieure paraît être incorporée avec les granulations visibles à la marge. L'éponge est imbibée d'un liquide purulent sans consistance.

11 Décembre. On ne voit pas encore les granulations se frayer une voie à travers l'éponge qui est très fortement adhérente. En enlevant avec les ciseaux une mince couche de la surface, le sang s'échappe de l'éponge sous jacente et la partie dénudée présente une couleur rose pâle uniforme mais pas de granulations.

21 Décembre. L'éponge a été entraînée plus profondément dans la cavité de la plaie et la teinte rose est beaucoup plus prononcée. Une petite granulation s'échappe à travers la partie supérieure de l'éponge, le pus est beaucoup plus abondant et plus lié.

26 Décembre. Plusieurs ilots de granulations se montrent maintenant à la surface sur laquelle on ne distingue plus le tissu de l'éponge. Cependant en exerçant avec une pince des tractions sur cette surface on en arrache encore des fragments d'éponge. Le tout a revêtu une couleur rouge plus accentuée.

9 Janvier. Tout le tissu de l'éponge, sauf quelques parcelles, a disparu et est remplacé par une masse de granulation de bonne apparence à l'angle inférieur de laquelle le travail de cicatrisation est commencé. Cette masse à les mêmes dimensions que l'éponge et dépasse le niveau des tissus environnants.

13 Janvier. Le patient est congédié. La plaie qui a maintenant trois quarts de pouce de longueur et un quart de pouce de largeur présente la meilleure apparence et est recouverte de granulations. La cicatrisation marche très-rapidement.

—

Chirurgie antiseptique; ce qu'en pensent les chirurgiens des États-Unis.—Bien qu'en Canada comme dans tous les autres pays la plupart des médecins admettent en principe la méthode antiseptique, comme ailleurs, les opinions se divisent quand on en vient à l'application. Le relevé suivant, fait par le Dr Andrews et que nous traduisons du *Chicago Medical Journal and Examiner* nous montre d'un coup d'œil la diversité d'opinions de nos voisins.

Les principes fondamentaux de la chirurgie antiseptique sont admis par la majorité des chirurgiens américains. Cependant, le listérisme pur, par lequel j'entends l'adhésion à tous les procédés particuliers de Lister, n'est pas généralement accepté.

A Chicago on croit en général aux principes de l'antiseptie, mais on introduit de nombreuses variantes dans les procédés d'application et on ne suit pas servilement les détails de Lister. Les Drs Isham, Owens, Gunn, Lee, Fenger et moi partageons en somme la même opinion à ce sujet.

Le Mercy Hospital a commencé, il y a dix-sept ans, sous ma direction à employer les antiseptiques modernes, simultanément à Guy's Hospital, de Londres. J'essayai d'abord les anciens matériaux de Lister; mastic carbolique, huile et tain carboliques que je ne tardai pas à trouver incommodes et aux quels je substituai des agents qui me donnèrent des résultats plus pratiques et que je continue à employer sous une forme modifiée. Je ne me sers du spray que pour l'ouverture des cavités et ne le crois pas plus utile que la douche ordinaire dans les cas de blessure simple externe.

Pendant longtemps au "County Hospital" chaque chef de service employa sa méthode particulière, mais il y a trois ou quatre ans on y inaugura un Listérisme rigoureux, toutes les opérations, tous les pansements se pratiquant sous le Spray. Depuis, les choses ont changé, en sorte qu'à présent, les procédés en usage ne diffèrent pas sensiblement de ceux des autres hôpitaux. Les hôpitaux "St Luke" et "Michael Reese" ont adopté la méthode antiseptique modifiée de leurs chirurgiens les Drs Owens, Schmidt et Park.

A Philadelphie les opinions se partagent comme suit: le Dr Gross, ainé, se moque de la méthode antiseptique. Le Dr J. Ashurst, jr, n'a pas d'inclination pour Lister, cependant il emploie quelquefois une lotion de permanganate de potasse.

La lotion ordinaire pour les plaies se compose d'alcool et d'eau à parties égales et ses onguents ont pour base l'oxide de zinc ou la colophane.

Le Dr Nancrede imite Lister à la lettre mais substitue le papier à la parafine au Mackintosh.

Le Dr Hunter ne croit pas au listérisme et fait ses pansements au laudanum chaud et au cérat simple recouverts de papier à la parafine.

Le Dr McLellan fait un pansement particulier avec des éponges. .

Les hôpitaux de Philadelphie, cela va sans dire, adoptent les opinions de leurs chirurgiens. Voici un aperçu général de ce qui s'y pratique :

Le Philadelphia Hospital se préoccupe très peu de Lister, cependant, on y emploie le lint à l'huile carbolique 1 dans 20 ou 40. On lotionne les plaies avec un mélange d'eau blanche et de laudanum.

Le University Hospital lotionne à l'alcool et à l'eau (parties égales), ou à l'eau blanche additionnée de laudanum. De même pour le Presbyterian Hospital.

Au Episcopal Hospital on fait tantôt du listérisme rigoureux et tantôt on n'en fait pas du tout sauf l'emploi du laudanum chaud.

A l'exception du Dr Nancrede et de quelques autres, très peu de chirurgiens font usage du Spray à Philadelphie.

A New-York les opinions varient comme suit :

Les Drs Mason, de " Bellevue Hospital," Little et Marks ont adopté un listérisme modifié, sans Spray.

Le Dr Sands emploie le chloroforme comme antiseptique.

Le Dr Weir est un prosélyte acharné de Lister.

Le Dr Willard Parker n'emploie que bien modérément les antiseptiques.

An " New York Hospital " il n'y a qu'un chef de service qui applique le listérisme dans tous ses détails.

A Bellevue on fait peu de listérisme, cependant on y fait plus ou moins usage des antiseptiques.

A Roosevelt, St Vincent et autres hôpitaux l'état des choses est à peu près le même ; en somme, il y a très peu de chirurgiens à New-York qui soient partisans de Lister dans toute l'acception du mot, mais d'un autre côté il y en a très peu qui ne fassent pas plus ou moins usage des pansements antiseptiques.

Pour conclure, voici le verdict de la profession aux Etats-Unis :

1° Les antiseptiques ont une importance pratique considérable en chirurgie.

2° Il est important d'observer les principes généraux de l'antiseptie, mais il n'est pas nécessaire de s'astreindre aux procédés d'application compliqués de Lister.

3° Le spray n'est nécessaire que dans la chirurgie des grandes articulations et des cavités séreuses.

Brûlures.—Le Dr Farnham donne à ce sujet, dans le *Medical and Surgical Reporter* quelques conseils pratiques que nous croyons utile de reproduire.

Les pires brûlures sont celles produites par l'huile, cependant la vapeur n'est guère moins à craindre. Pour distinguer une brûlure produite par une flamme de celle produite par un liquide examinez attentivement les cheveux ou les poils, dans le premier cas le poil est détruit en tout ou en partie. Une brûlure légère mais recouvrant une grande surface est plus dangereuse qu'une brûlure grave de petite dimension. La brûlure est plus dangéreuse à l'abdomen qu'au thorax. Lorsqu'une brûlure recouvre plus des deux tiers du corps, le pronostic est mortel, surtout si l'abdomen est en cause. La brûlure a trois périodes: 1° dépression, 2° congestion, 3° réaction. La dépression et la congestion peuvent affecter l'encéphale et causer la mort par épanchement. Les brûlures à l'abdomen sont suivies de la néphrite qui produit la rétention d'urine. Dans les cas de ce genre surveillez les fonctions de la vessie. Prescrivez comme breuvage la solution de bitrartate de potasse. Contre la démangeaison intense des brûlures il n'y a rien de préférable à la liqueur arsénicale de Fowler. Lorsque vous traitez une brûlure tâchez de provoquer la réaction, au moyen de l'ammoniaque et du brandy administrés par la bouche ou le rectum. Mettez la brûlure à l'abri du contact de l'air et vous diminuerez la douleur. S'il le faut placez le patient dans une cuve d'eau tiède de façon à éviter le contact de l'air en attendant que vous soyez prêt à faire le pansement. Une couche épaisse de bicarbonate de soude recouverte d'un bandage constitue un très bon pansement. Quelques-uns préfèrent la solution saturée à la poudre. La glycerine, l'huile d'olive et la vaseline sont très utiles. Mais il est d'une telle importance d'empêcher le contact de l'air qu'on doit s'y appliquer sans retard, pour cela, faute de mieux, recouvrez la brûlure d'une épaisse couche de farine sèche. Sauf le cas d'écoulement abondant, les pansements doivent être rarement renouvelés. Si la température s'élève considérablement, administrez la teinture d'aconit. Si la suppuration survient, prescrivez une diète généreuse, la quinine et le fer.

HYGIENE.

Hygiène des cancéreux; leur meilleur régime.— D'après BENEKE on peut, sinon guérir, du moins améliorer notablement leur état général en prêtant une attention suffisante au régime.

Il croit que chez le plus grand nombre, on trouve au début de l'affection un grand developpement du corps, des gros vaisseaux artériels du foie, tandis qu'au contraire les poumons sont petits. Dans les sécrétions, il y a des phosphates alcalins et terreux en grande quantité, beaucoup de cholestérine et de licithine, peut être un excès pathologique d'albumine. Dans ces conditions, il veut qu'on donne aux cancéreux une nourriture contenant un minimum d'azote, de sels et d'acide phosphorique. Il note en passant la survenance fréquente de calculs biliaires dans le cancer associé avec l'activité du foie.

Il n'est pas d'accord avec Lany, qui déclare que, quand on donne un régime modéré rigoureusement suivi, les plexus nerveux sont moins excités et que les troubles trophiques arrivent moins fréquemment; mais il attribue exclusivement le bénéfice obtenu au changement apporté dans la composition de la nourriture.

Partout les cellules de protoplasme consistent en eau, albumine, cholestérine, licithine, avec de petites quantités de graisses neutres et d'acides gras, des phosphates de potasse et de chaux, des chlorures alcalins. La proportion de chacun d'eux sans doute varie notablement suivant les différentes cellules. Les cellules de cancer et surtout de cancer médullaire, sont relativement riches en cholestérine et en licithine: la même remarque s'applique aux cellules épithéliales La cholestérine provient des albuminates. La nourriture, riche en albumine, est combinée avec des quantités relativement grandes de phosphates alcalins et terreux, et si l'on désire arrêter le développement des éléments qui renferment ces substances, il faut de toute nécessité graduer le régime de telle sorte que la quantité donnée soit au minimum. Ce but peut être atteint en remplaçant cette substance dans l'alimentation par le vin et le thé.

Beneke pose, à cause de cela, les règles suivantes pour le régime à suivre :

1° Au premier déjeûner: une tasse de thé noir fort, avec du sucre, de la crême et du cacao; un peu de pain avec du beurre et des pommes de terre avec du beurre ;

2° Au déjeuner de midi ; fruits frais et cuits, quelques biscuits, un peu de pain et de beurre et un verre de vin ;

3° A diner ; soupe avec du sagou ou du maïs, 30 grammes de viande ; pommes de terre, toute sorte de fruits végétaux ; salade, riz. Comme vin, on peut donner ceux du Rhin, de la Moselle, le Champagne, mais on n'accordera de la bière qu'en petite quantité à cause de la grande quantité de sels alcalins qu'elle contient. Une coupe de thé noir avec du sucre et de la crême ; un peu de pain et de beurre, de fruits frais et de biscuits ;

4° Au souper : soupe avec riz ou pomme de terre, sardines en petite quantité, anchois, harengs frais et vin léger.

Dans le régime ordinaire, la proportion de la nourriture azotée à la nourriture non azotée est de 1 à 5 ; dans le régime en question, cette proportion descend de 1 à 8 ou de 1 à 9. Les matières inorganiques sont ingérées principalement en combinaison avec les matières organiques et en petite quantité seulement sous forme de phosphates. Par ces moyens, le sérum du sang, comme la chose est rendue évidente par la diminution de l'acidité de l'urine, devient, celui des herbivores, plus alcalin ; la lymphe et les liquides de l'économie sont aussi plus alcalins. Dès lors les échanges entre le sang et les sucs parenchymateux sont plus actifs et les acides formés pendant la période d'activité fonctionnelle sont plus rapidement éliminés.

A l'appui de sa théorie, Beneke invoque la rareté des affections cancéreuses chez les herbivores et surtout chez ceux qui vivent de feuilles exclusivement. Les céréales contiennent des substances alcalines et non alcalines dans les proportions de 1 à 6 ou à 6,5 ; elles sont riches en phosphates terreux ou alcalins. Dans les plantes légumineuses, la proportion est de 1 à 2,3 ; ces plantes contiennent en outre une quantité notable des sels en question.

On donnera de préférence aux cancéreux des substances qui ne contiennent presque pas de phosphate de chaux. La quantité de 50 grammes de viande proposée peut être donnée pendant longtemps sans qu'aucun affaiblissement apparent se produise. L'auteur rapporte plusieurs cas traités par cette méthode et dans lesquels on a obtenu des résultats encourageants. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*).—*Le Médecin Praticien.*

—

Epreuve du lait.—L'hygiène pratique nous enseigne deux moyens simples de reconnaître la bonne qualité du lait des nourrices :

On plonge dans le lait une aiguille à tricoter bien polie et on la retire brusquement dans la position verticale. Si quelques gouttes demeurent attachées à l'aiguille, l'échantillon soumis à l'épreuve est bon ; dans le cas contraire il est mauvais.

Le deuxiéme procédé appartient au Dr Lamanna : On plonge une plume de grosse dimension dans le lait à examiner et on la retire avec rapidité, puis on présente la plume à une bougie allumée. Si la lumière passe facilement à travers l'ouverture ovale de la plume, le lait contient peu d'éléments solides ; si la flamme au contraire apparait confuse, le lait est d'excellente qualité : dans ce dernier cas il se forme un diaphragme sur le trou ovale de la plume qui arrête la flamme ; ce voile est dû aux éléments solides du lait. S. L.

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par l'acide phénique. — Le Dr Archer rapporte dans le *Nashville Journal of Medecine and Surgery* un cas d'empoisonnement par deux onces d'acide phénique impur chez une femme de 40 ans. La guérison s'effectua principalement par l'administration de fortes doses d'huile d'olive et par des injections hypodermiques d'éther.

Le Dr conclue des effets toxiques observés :

1° Que les centres nerveux sont profondément affectés peu d'instants après l'introduction du poison dans l'estomac.

2° Qu'une forte dose d'acide phénique concentré peut, en paralysant l'absorption de la muqueuse stomachale, atténuer les conséquences si graves de l'accident.

3° Qu'une dose modérée d'une solution très étendue peut être fatale, parce que la muqueuse conserve alors la propriété d'absorber.

4° Que lorsque la dose est concentrée, il est douteux que l'administration des stimulants par les premières voies soit de quelque utilité, mais que les stimulants administrés par la méthode hypodermique offrent plus de chances d'amener une réaction favorable.

5° Que l'injection d'une dose concentrée n'est pas nécessairement suivi d'une lésion permanente quelconque.

Le Dr Cornish rapporte de son côté, le cas d'un individu qui avait pris 2 ou 4 drachmes du même acide et qui guérit par l'administration d'eau de chaux sucrée.

Il signale comme très importantes les observations suivantes fournies par ce cas :

1° La rapidité avec laquelle l'acide phénique plongea l'économie dans un état d'insensibilité complète, et la production de spasmes musculaires toniques un quart d'heure après l'ingestion du poison.

2° L'action prompte et efficace de l'eau de chaux sucrée comme antidote, rien autre chose n'ayant été prescrit jusqu'à ce que le patient fut assez rétabli pour suggérer lui-même un tout autre et tout différent antidote ; et enfin le fait qu'aucune quantité du poison ne fut rejetée par l'estomac ou par l'intestin. —*The Druggist Circular and Chemical Gazette.*

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Incontinence nocturne chez les enfants.—Le Prof. S. D. Gross, de Philadelphie, conseille la formule suivante :

P.— Strychnine	gr. j
Poudre de cantharides	gr. xj
Sulf. de morphine	gr. jgs
Fer porphyrisé	℈j

Faire 40 à 50 pilules ou poudres *pro renata.*
Sig.—Une 3 fois par jour pour un enfant de dix ans.

Cette prescription fera rapidement disparaître l'irritabilité de la vessie, surtout si l'on y joint l'usage d'un bain froid tous les jours. De plus l'enfant devra éviter de souper tard ou de prendre une nourriture stimulante ; il se couchera sur un des côtés ou sur le ventre ; il ne devra pas boire durant les quelques heures qui précèderont son coucher et devra vider sa vessie avant de se mettre au lit.—*Michigan Medical News.*

Limonade de fer.—Le docteur Wm. Goodell recommande la préparation suivante dans le *Canada Lancet :*

℞ Tincturæ Ferri Mur	ʒiv
Acid phosphor. dilut	ʒv
Spiritus Limonis	i
Syrup ad	℥vi

Une petite cuillerée à thé après les repas.

La *France Médicale* nous donne une nouvelle formule pour administrer le tannin qui, employé en poudre ou en solution simple, produit souvent de la douleur dans l'estomac ou les intestins.

Acide tannique	2	parties.
Eau	100	—
Albumine d'œuf	100	—

En ajoutant l'albumine, il faut agiter fortement le mélange.

—

Traitement des métrorrhagies de l'âge critique. — (P. Ménière, d'Angers).

Extrait hydr. alc. de gui de chêne	5	gr.
Extrait de cannabis indica	4	—
Poudre de réglisse	Q. S.	

Pour 40 pilules dont on prendra une toutes les heures.
En cas d'insuccès :

Injection intra-utérine :

Glycérine	4	gr.
Alun	2	—
Perchlorure de fer, liqueur à 30°	2	—
F. S. A.		

Solution pour deux injections pratiquées à vingt-quatre heures d'intervalle. Une sonde en gomme (n° 9) et une seringue en verre de 4 c. c. suffisent parfaitement pour cette petite opération qui, d'après l'auteur, n'a jamais été suivie d'accidents.

—

Traitement des gerçures du sein

Beurre de cacao	10	gr.
Huile d'amandes douces	3	—
Extrait de ratanhia	1	—

En applications trois par jour, puis recouvrir d'ouate.

—

Traitement des cors aux pieds. — (Barbier, d'Alger)

Acide acétique	p. ég.
Teint. d'iode	

Quelques gouttes matin et soir pour user, couche par couche, la production épidermique.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUILLET 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

Bureau central d'examens pour la licence.

Chez nous, les Universités et les Ecoles de Médecines ont un privilège qu'elles ne sauraient trop apprécier: la profession s'occupe fort peu de leurs affaires et suit docilement les fluctuations du caprice ou de l'intérêt de ces institutions.

S'agit-il de régler la durée du cours d'études médicales, des conditions à remplir pour obtenir la licence, etc., voici en somme comment les choses se passent:

LE PROFESSEUR. — Que dites-vous de l'établissement d'un bureau central d'examens. Il en est fortement question en certain quartier.

LE PRATICIEN (qui n'est pas professeur).—La chose vous touche de si près que vous devez la connaître dans tous ses détails et je serais curieux de savoir ce que vous en pensez vous-même, quant à moi je vous avoue que je n'y ai nullement songé.

LE PROF.—Il me semble douteux qu'on réussisse à passer une mesure qui s'attaque à un des privilèges universitaires et je crois même que la plupart des facultés s'y opposeront.

LE PRATICIEN.—Mais alors à quoi sert de soulever la question si vous l'avez réglée entre vous. Du moment que vous êtes d'accord sur une affaire qui vous concerne nous n'avons plus à nous en occuper. Que chacun règle ses affaires c'est le moyen le plus simple de rester en harmonie.

LE PROFESSEUR—Vous êtes très aimable (bas) brave homme !

LE PRAT.—Comptez sur moi, mais à titre de remise, quand nous nous occuperons de charlatans !

LE PROF.—Allons donc ! Mais j'ai la chose à cœur tout autant que vous. (bas) Par malheur, il en restera toujours assez que nous ne pourrons pas atteindre derrière la licence du bureau.

Voilà l'épitôme des relations amicales qui relient les *Alma Mater* à leurs anciens élèves. Mais vraiment est-il nécessaire de rappeler que l'élève d'aujourd'hui est le praticien ou le professeur du lendemain. Nos institutions médicales, tout en faisant honneur au pays n'en ont pas moins leur côté matériel où l'esthétisme pur ne règne pas plus qu'ailleurs.

La profession intervertit les rôles à son désavantage en se constituant l'humble servante des facultés qui ne doivent et ne peuvent avoir d'autre raison d'être que l'honneur et l'avancement de la profession, mais, au moins, que celle-ci sache réclamer ses droits dans l'occasion.

Le Bureau des Gouverneurs est composé de quarante membres dont dix appartiennent aux facultés et trente à la profession, mais, par malheur, les trente ne sont toujours que trop favorablement disposés à signer ce que les dix ont décidé en matière d'enseignement médical et de tout ce qui s'y rattache.

Feuilletez les onze volumes de l'*Union Médicale*, le seul organe de la profession médicale canadienne française de la province et vous n'y trouverez pas un seul article, une seule communication qui ait trait à cet ordre de questions.

Comme nous le disions dans un article précédent, on est unanime à admettre en principe la nécessité d'un bureau central d'examinateurs pour l'admission à la pratique et c'est là, en effet, le seul acheminement efficace vers le progrès. Mais on le sait de temps immémorial, de ce qu'une mesure est évidemment bonne ce n'est pas du tout une raison pour qu'elle soit acceptée sans opposition et nos neveux auraient bien tort de s'étonner que nous y ayons mis tant de façons.

Les objections ne manquent pas. Faisons en une revue succincte pour que nul ne ne les ignore et pour en dire notre opinion. On dit :

1° Ce serait heurter de front les privilèges de certaines chartes universitaires. Passe pour le moment, nous en avons dit un mot ailleurs, mais, comme le disait tout dernièrement un homme très distingué, ardent défenseur des prérogatives universitaires : si ce privilège est devenu inutile ou contraire aux intérêts généraux de la profession il n'y a pas lieu de s'en prévaloir. Pourquoi tant tenir à une non valeur ? Les universités n'ont-elles pas cédé ce privilège aux examinateurs du barreau ? Il y a des universités dans Ontario et il y a aussi un bureau central d'examinateurs.

2° Un bureau unique composé de représentants des différentes nationalités ne pourra jamais fonctionner harmonieusement. C'est là une présomption gratuite dont l'avenir démontrera la fausseté et qui ne corrobore pas ce qui se passe à la

législature, au barreau, au bureau des notaires, des dentistes, des pharmaciens, chez nous même à nos examens pour l'admission à l'étude et à notre bureau des gouverneurs. On voudrait la perfection d'emblée et le bonheur sans nuages.

3° Très peu des membres du bureau, en dehors de ceux appartenant aux facultés, sont assez compétents sur certaines branches théoriques pour agir comme examinateurs. C'est là une question secondaire que nous n'avons pas mission de régler, mais en admettant le fait, personne n'ignore qu'il est plus facile de critiquer que d'écrire, de juger de la valeur d'une réponse que de la donner soi-même. Ceux qui contestent la compétence des praticiens devraient y voir une raison de plus de relever le niveau des études de la nouvelle génération.

4° La dernière objection, et la plus sérieuse, suivant nous, est que la centralisation des examens pourrait induire les élèves à s'inscrire de préférence dans les facultés qui donnent le mieux et le plus régulièrement les cours, et les professeurs à redoubler de travail pour maintenir haut et ferme le drapeau de leur institution. A cela nous confessons jugement et abaissons pavillon.

Substituer l'émulation scientifique à la concurrence pécuniaire, ou pour mieux nous exprimer, rendre le succès pécuniaire des facultés solidaire de leurs progrès scientifiques, voilà le principe sur lequel repose la sauvegarde de la profession et l'avenir de nos universités. L'état de choses actuel paralyse l'essor des intelligences et nous dispose à plaindre plutôt qu'à blâmer ceux qui répètent après le poète : " *Video bona proboque, deteriora sequor.*"

Une réforme nécessaire.

Au cours d'un article intitulé *Physicians who do not read*, notre confrère du *College and Clinical Record*, de Philadelphie, attirait, il y a quelque temps, l'attention de ses lecteurs sur le fait assez peu consolant pour l'honneur de la profession, que sur les vingt-six mille médecins pratiquant dans les Etats de l'Ouest et du Sud-Ouest, à peine la moitié, soit treize mille, sont abonnés à un journal de médecine. Ce n'est pas tout. Sur ce nombre, la moitié, paraît-il, s'abonnent de préférence au journal dont le prix est le moins élevé, préférant encore à tout autre celui qui leur est adressé quand même, que l'abonnement en soit payé ou non.

On serait peut-être porté à mettre en doute l'exactitude du fait que nous venons de rapporter, ou tout au moins à le croire exagéré. Malheureusement, c'est là, nous dit-on, la vérité toute simple et toute pure.

Cependant, en y réfléchissant bien, on s'étonnera peut être moins à la vue de cette statistique. On sait que nos voisins sont inondés de faux médecins et de charlatans. On y compte par milles les porteurs de diplômes du Dr Buchanan, le fameux fabricant de parchemins. Au reste il est avéré que un certain nombre d'universités et colléges américains font de la distribution de leurs titres académiques une véritable spéculation. Le premier ignare venu s'y fait décerner, moyennant finance, le titre de M.D., et voilà un médecin de plus. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner outre mesure si sur un sol inondé de semblables *lumières*, les abonnements aux journaux de médecine soient limités à la moitié seulement des praticiens. Mais ce que nous nous expliquons moins facilement, c'est que, dans notre province de Québec où chaque médecin est porteur d'un diplôme régulièrement et noblement conquis, il se trouve prés d'un tiers de nos confrères ne recevant encore aucun journal ni aucune revue de médecine. Ce sont là, dira-t-on, de malheureuses exceptions; soit, mais elles sont encore trop nombreuses pour que nous n'élevions pas ici la voix pour essayer de les faire disparaître.

Il faut bien l'avouer, ce n'est pas en général parmi les médecins des grands centres que l'on rencontre cet état de choses, mais bien chez ceux qui, pratiquant à la campagne, sont, par le fait même, plus éloignés des sources de la science et moins à portée de se tenir au courant des progrès qu'elle fait tous les jours.

L'on entre en pratique avec quelques auteurs classiques, et l'on borne à cet étroit horizon toute son ambition pathologique et thérapeutique. La bibliothèque du médecin reste trop souvent pendant des années, ce qu'elle était au premier jour. Cependant, la science marche toujours de découverte en découverte, et si le médecin n'a pas à cœur d'en suivre les progrès, si un journal quelconque de médecine ne vient pas lui apporter au moins tous les mois un résumé des découvertes qui se font dans le champ si vaste de la science, il se trouve bientôt singulièrement arriéré, la routine s'empare de lui, et quelqu'effort qu'il fasse il lui est toujours difficile de sortir de cette ornière. Tandis que ses voisins traitent leurs rhumatisants au salicylate de soude, ou aux vésicatoires, lui voit ne rien au-delà du traitement alcalin, et peut-être, hélas! de la saignée. Pour lui l'émétique sera le remède banal à

employer contre la pneumonie, sous quelque forme qu'elle se présente; l'aconit, la quinine ou les stimulants ne seront jamais mis à contribution. Quand on lui parlera du jaborandi, de l'iodoforme etc., et de leurs merveilleux effets, il croira que vous parlez grec. Les nouvelles méthodes de thérapeutique, les résultats pratiques obtenus par la clinique et l'observation, lui demeureront inconnus, et il s'étonnera peut-être des succès qu'obtiendra, à ses côtés, un jeune praticien plus studieux et mieux au fait des progrès de l'art de guérir.

Nous nous le demandons avec inquiétude, n'y aurait-il pas quelque moyen de rémédier à cet ordre de choses? Qui secourera cette apathie, qui viendra nous aider à sortir de l'ornière? Fort heureusement la jeune génération semble vouloir se piquer d'émulation, et les médecins qui depuis un certain nombre d'années sortent de nos universités ou de nos écoles de médecine ne mériteront certainement pas le reproche que nous adressons ici à l'indifférence de plusieurs.

Petites Correspondances.

Quel est le traitement de la coqueluche?

Il n'y a point de panacée contre la coqueluche. Néanmoins il arrive que les vomitifs, au moyen de l'ipéca, répétés souvent, peuvent enrayer la maladie à son début. Voici le traitement que conseille Jules Simon, dans ses cliniques sur les maladies des enfants : la teinture de belladone et l'alcoolature de racines d'aconit, composant à parties égales une mixture dont l'enfant prend de cinq à dix gouttes par jour, selon son âge, en commençant par deux gouttes matin et soir. Arrivé à la dose de dix gouttes par jour, on diminue graduellement pour revenir au chiffre du départ.

Un vomitif au moyen de l'ipéca est prescrit une ou deux fois par semaine.

Quand l'enfant a renvoyé ses aliments, sous l'influence d'une quinte de toux on lui donne à manger de nouveau, après lui avoir fait prendre une petite cuillerée de café noir.

On évitera surtout le froid ; quelques semaines passées à la chambre, sans changement de température avec le traitement indiqué plus haut amèneront une guérison qui ne vient souvent qu'après plusieurs mois.

Veuillez m'indiquer les noms des auteurs les plus recommandables, en même temps que les moins longs, pour faire préparer à ses examens un élève de 4e année.

Dr XX.

Physiologie.—Kuss et Duval : Cours de Physiologie, $2.25.

Matière médicale et thérapeutique.—A. Gubler : Commentaires thérapeutiques du Codex, 1 vol., de $3.00 à $4.00.

Anatomie.—I. A. Fort : Anatomie descriptive et dissection, 3 vol. $7.50. Le premier volume renferme un traité complet d'histologie, ce qui est d'un grand avantage pour l'élève.

Chimie.—Würtz : Cours de Chimie, de $1 à $2.

Pathologie interne.—Flint's Practice of medicine, $6.00.

Obstétrique.—Cazeaux : L'art des accouchements, revu par Tarnier, relié $5.00.

Chirurgie.—Leon Moynac : Eléments de pathologie et clinique chirurgicale, 2 vol. $4.00.

— Ashurst : Essentials of the practice of surgery, 1 vol. $6.50.

Médecine légale.—Guy et Ferrier : Manual of Forensic Medicine, 1 vol. $2.00 à $3.00.

Dr F. G... Ste M... Le malade dont vous nous parlez ayant été un alcoolique confirmé, la présence de l'ascite semblerait indiquer l'existence d'une *hépatite interstitielle* (cirrhose). L'apparition à deux reprises de l'œdème aux pieds, œdème qui envahissait ensuite les membres inférieurs serait bien de nature à faire croire a une maladie organique du cœur. Avez-vous ausculté cet organe? Quel est aussi l'état des vaisseaux ? Y a-t-il athérome ? Le diagnostic ne peut être porté avec quelque certitude si ces questions ne sont pas élucidées.

Quant au traitement il est entièrement subordonné au diagnostic. Dans tous les cas, il devra être tonique. S'il y a affection valvulaire au cœur et que l'hypertrophie compensatrice soit devenue insuffisante, recourez à la digitale, à laquelle vous pouvez associer un diurétique salin ou alcalin. Le vin de Trousseau constituera aussi un bon diurétique.

NOUVELLES MÉDICALES.

Le contingent médical à la Chambre des Communes.—Les dernières élections ont donné à la Chambre des Communes treize médecins répartis comme suit :

Ontario ; Dr Hickey, Dundas ; Dr Wilson, Elgin ; Dr Lan-

derkin, Grey S.; Dr Bergin, Stormont; Dr Ferguson, Welland; Dr Orton, Wellington, C.; Dr Springer, Wentworth, S.;

Québec; Dr Lesage, Dorchester; Hon. Dr Fortin, Gaspé; Dr de St. George, Portneuf; Dr Grandbois, Témiscouata;

Nouvelle-Ecosse; Dr Cameron, Inverness; Dr Forbes, Queen's;

Les Drs Lesage, Fortin et Grandbois, élus par acclamation.

Ontario; 3 libéraux, 4 conservateurs; Québec; 1 libéral, 3 conservateurs; Nouvelle-Ecosse, 1 libéral, 1 conservateur.

Université Laval, Montréal.—Faculté de Médecine.—Aux examens qui ont eu lieu à la fin de juin pour la licence en médecine, les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

PREMIER EXAMEN.

Anatomie.—Décrivez le cœur.

Physiologie.—Du sucre dans l'économie animale; d'où il provient; comment il est absorbé; où il est déposé en réserve; où va l'excès de sucre contenu dans le sang.

Pathologie générale.—Qu'est-ce qu'une embolie? Expliquez en les causes et les conséquences.

Histologie.—Décrivez le tissu épithélial. Où le trouvez-vous? Combien y a-t-il de variétés d'épithélium?

Hygiène.—Comment les sciences naturelles sont-elles nécessaires à l'étude de l'hygiène?

Chimie.—Recherche de l'arsenic et de l'antimoine au moyen de l'appareil de Marsh. Expliquer les réactions qui ont lieu. Comment distinguer la tache arsénicale de la tache antimoniale.

DEUXIÈME EXAMEN.

Pathologie interne. — Péritonite aigüe, symptômes, terminaison, traitement.

Pathologie externe.—Donnez les signes différentiels, 1° entre un kyste sébacé et un lipôme; 2° entre le cancer encéphaloïde et le fibrôme.

Matière médicale et thérapeutique.—Chlorure de zinc.

Tocologie.—Décrivez l'application du forceps.

Ophthalmologie.—Traitement de la conjonctivite purulente des nouveaux nés.

Médecine légale.—Quels sont les principaux caractères des blessures faites par instruments tranchants durant la vie?

Toxicologie.—Symptômes et traitement de l'empoisonnement par l'acéto-arsénite de cuivre.

MM. L. E. N. Matte et Gasp. Janson ont subi avec succès le deuxième examen et obtenu le degré de licenciés en médecine. MM. Jos. Desjardins, Thos Brennan, Horm. Boucher, Jos. Surprenant, M. Filiatrault, Edm. Bastien, R. Mignault, J. O. Goyette et Arthur David sont aussi sortis victorieux de l'épreuve du Baccalauréat (1er examen,) et ont obtenu le titre de Bacheliers en médecine.

Etat mental de Guiteau.—Le Dr W. A. F. Browne, Commissaire Royal des hospices d'aliénés d'Ecosse, après une sérieuse analyse des témoignages des experts et autres rendus dans la cause de Guiteau, en est venu à la conclusion que l'assassin était fou.

Exposition d'Hygiène de Berlin.—Un incendie a détruit de fond en comble, le 12 mai le palais et tout le matériel de l'Expositien d'Hygiène de Berlin qui devait avoir lieu le 15 du même mois. On dit que la perte s'élève à un million de piastres.

Le Dixième Congrès-médical d'Allemagne s'est ouvert à Berlin le 30 juin et s'est terminé le 2 juillet. Les questions suivantes y ont été débattues:

1° Règlements civiques concernant les médecins;
2° Alimentation des enfants;
3° La nécessité de porter à cinq ans la durée des études médicales.

Crémation des cadavres des hôpitaux.—Le conseil municipal de Paris a,dans l'une de ses dernières séances, renouvelé, sur le rapport de Mr. le Dr Bourneville, le vœu formulé précédemment pour la crémation des débris des cadavres qui ont servi aux études anatomiques de l'Ecole pratique et de l'amphithéâtre de Clamart.

D'après le rapport de notre confrère, le nombre de ces cadavres s'est élevé pour:

	Clamart,	Ecole pratique.		
1873 à	1,692	1.038	soit	2.730
1879 à	1.949	1.799	—	3.748
1880 à	2.136	1.530	—	3.666.

En trois ans, ces deux établissements ont donc reçu 10,144 corps, dont la crémation eût été un premier pas dans la voie d'une mesure qu'il serait vivement à désirer de voir adopter tout au moins facultativement.

Preuve légale appuyée sur les livres de médecine. —La Cour Suprême du Wisconsin vient de décider qu'un livre de médecine ne peut pas être lu comme preuve à un juré quand mêmé un expert déclarerait que tel livre produit est un auteur classique. Le même point a été décidé de la même manière dans d'autres Etats.

VARIÉTÉS.

L'arracheuse de dents.—L'avez-vous vue ? Non. Eh bien décidément vous êtes aveugle. Elle n'était parmi nous que d'hier et déjà elle remplissait nos temples, nos palais, nos mansardes, nos rues... et sa caisse. Avez-vous des dentistes parmi vos connaissances ? Quelle tête font-ils ? Moi, j'ai deux dentistes pour amis. L'un dit d'un ton convaincu qu'elle en casse plus qu'on ne pense et l'autre ne dit rien ; il s'achemine tout rêveur vers la Place Jacques-Cartier et là il repaît son âme des sourires de satisfaction qui s'épanouissent sur la bouche édentée des clients de Madame. Hélas, il n'a pas souvent chez lui de pareilles aubaines.

Et l'omnicure donc ! les gens se disent : Quand on arrache si bien les dents on peut faire bien autre chose ; et la caisse se remplit à déborder, le tour est joué. *Infinitus est stultorum numerus.*

NAISSANCE.

A Montréal, le 15 juin dernier, la dame de M. le Dr G. O. Beaudry, une fille.

DÉCÈS.

A Ste-Martine, le 15 juin, Marie Jeanne Laberge, mère de M. le Dr Philémon Laberge, shérif du district de Beauharnois.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux.

Par A. A. Foucher, M.D., professeur d'Ophthalmologie à l'Université Laval (Montréal). (1)

Ophthalmie purulente des nouveaux-nés.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une affection caractérisée par une *vive inflammation de la conjonctive*, accompagnée de *sécrétion purulente*, par un *gonflement œdémateux des paupières*, et une *tendance marquée aux complications cornéennes*. Cette maladie, malheureusement trop fréquente, se déclare chez les nouveau-nés, quelques jours après la naissance, et reconnait pour cause, dans la majorité des cas, l'inoculation.

Le praticien, exerçant la médecine générale, est presque toujours appelé à traiter cette conjonctivite, parce qu'il donne encore ses soins à la mère, lorsque la maladie apparaît; de plus, loin des grands centres, il est difficile, sinon impossible, de porter de si jeunes enfants aux spécialistes, pour des raisons faciles à comprendre. Si on considère la gravité de la conjonctivite purulente, la rapidité avec laquelle se produisent les complications cornéennes et la perte de la vue dans ces cas, on comprend l'importance qu'il y a de bien connaître cette maladie. C'est, pour le médecin, une obligation de savoir diagnostiquer et traiter une ophthalmie purulente; c'est pour lui un devoir d'autant plus impérieux que personne ne peut le remplacer et qu'il peut tout pour guérir cette affection, pour diminuer le nombre de ces prétendus aveugles de naissance qui remplissent nos asiles de charité, pour prévenir même cette affection.

Etiologie.—C'est par inoculation que les enfants contractent l'ophthalmie purulente. Il y a des exceptions mais elles sont

(1) Voir notre livraison de Juillet.

rares. L'enfant, avant sa naissance, habite un milieu ou abondent les matières septiques et inoculables. Mais la contagion a lieu surtout au contact de la matière leucorrhéique, ou blennorrhagique avec la conjonctive, pendant le travail de l'accouchement. Mon expérience personnelle, quoiqu'elle porte sur un nombre encore assez limité de cas, vient à l'appui de cette opinion des auteurs. Sur dix-sept cas de conjonctivite purulente des nouveau-nés, observés à l'Hôpital Notre-Dame et dans ma pratique privée, depuis le mois de mars 1881, j'ai pu découvrir chaque fois, l'existence de la leucorrhée ou de la blennorrhagie chez la mère. Il ne s'en suit pas que toutes les femmes leucorrhéiques doivent nécessairement donner la maladie à leur enfant (*le chiffre en serait trop considérable*) ni que toutes les ophthalmies purulentes reconnaissent exclusivement cette cause. Il faut aussi faire la part de l'irritation provoquée par l'exposition des yeux à la lumière, à la chaleur, aux courants d'air ; ainsi qu'à l'action traumatique du savon introduit dans les yeux pendant les premiers lavages, ou encore du brandy, whiskey, etc., etc., avec lesquels on a l'absurdité de frotter la tête et les yeux du nouveau né. Ces causes sont rares, l'inoculation demeure la plus fréquente. A ce sujet des expériences intéressantes ont été faites par le Dr Cederschold, de Stockholm. Ces expériences sont relatées au long dans McKenzie, voici en quoi elles consistent. Voulant constater jusqu'à quel point l'ophthalmie purulente des nouveau-nés pouvait être occasionnée par un écoulement provenant des organes génitaux de la mère, le Dr Cederschold fit interroger, pendant le courant de l'année 1832, toutes les femmes qui se présentèrent pour accoucher à la Maternité de Stockholm, pour savoir si elles étaient ou non atteintes d'écoulements. Trois cents soixante femmes furent accouchées. Après avoir déduit les enfants mort-nés, et ceux qui moururent quelques jours après la naissance, il resta 328 femmes dont les enfants purent être observés. Sur ces 328 femmes, 137 étaient affectées d'un écoulement des parties génitales et 181 en étaient exemptes. Trente enfants furent atteints d'ophthalmie purulente, 20 provenant de mères ayant des écoulements et 10 de mères qui n'en avaient pas.

Il résulte de là que les écoulements des parties génitales sont très communs chez les femmes enceintes, que toutes celles qui en sont atteintes ne communiquent pas nécessairement l'ophthalmie à leurs enfants, et qu'enfin l'ophthalmie peut survenir chez des enfants dont les mères n'avaient pas d'écoulements, preuve que la maladie peut reconnaitre d'autres causes.

Mais si l'on considère que 20 enfants sur 137 provenant de mères ayant des écoulements, ou environ 1 sur 7, ont eu l'ophthalmie, tandis que 10 seulement sur 181, ou environ 1 sur 18 provenant de mères sans écoulement ont eu la même affection et que la proportion des premiers est par conséquent près de trois fois aussi considérable que celle des seconds, on peut affirmer que le fait d'un écoulement génital de la mère est une cause très fréquente de cette maladie bien qu'elle n'en soit pas la cause unique. En dehors de l'inoculation il faut aussi mentionner l'influence des milieux ou vivent les enfants. On a même invoqué, pour expliquer la transmission de l'ophthalmie purulente, la présence des microbes dans l'air.

Mais sans aller aussi loin, on peut s'expliquer pourquoi des familles entières contractent quelquefois cette maladie. Il est de fait que la conjonctivite purulente est beaucoup moins rare chez les personnes pauvres que dans la classe aisée. On en trouve facilement la raison. Chez les pauvres le nombre des appartements est fort limité. Pour peu que les familles soient nombreuses il y a entassement. Il n'est pas rare de voir dans nos faubourgs la chambre d'un ménage ouvrier garnie de lits dont le nombre se trouve autant que possible en rapport avec celui des enfants. Ceux-ci couchent ensemble dans une pièce qui sert, à la fois, de chambre à coucher, de cuisine, de salle à manger et de lavoir, et au milieu de laquelle on trouve un poèle chauffé au rouge.

Ajoutez à cela, dans un coin, les vases de nuit remplis de déjections alvines, au mur des langes suspendus, et vous aurez une idée des émanations qui règnent dans ces milieux et des dangers qui peuvent en résulter pour la santé générale et la production de l'ophthalmie purulente. C'est souvent dans ces milieux humides et chauds, remplis de miasmes, que se contractent ces ophthalmies catarrhales ou purulentes qui des nouveau-nés se propagent à plusieurs membres d'une même famille par contamination, soit par les caresses, soit en se servant des mêmes linges et qui ont fait croire à de véritables épidémies.

Symptômes.—Le terme ophthalmie consacré à la conjonctivite purulente des nouveau-nés peut induire en erreur sur le siége de la maladie. On serait tenté de croire, en effet, qu'il s'agit là d'une affection concernant toutes les membranes de l'œil, mais cette maladie des nouveau-nés se localise sur la conjonctive et ce n'est que secondairement, comme complication, qu'on peut remarquer des lésions dans les membranes avoisinantes. Le terme impropre d'ophthalmie des nouveaux-nés peut aussi induire en erreur sur le véritable caractère de la

maladie. Par le fait qu'une inflammation apparaît dans l'œil d'un nouveau-né, il ne s'en suit pas nécessairement qu'elle soit purulente. Il faut se garder de confondre l'irritation conjonctivale, ou même l'inflammation catarrhale avec la purulente.

Il est fréquent de rencontrer chez les nouveau-nés une légère sécrétion muqueuse qui fait agglutiner les cils. Cet état peut être dû à une simple irritation conjonctivale. Les paupières peuvent même être un peu gonflées et leurs bords rougis sans que ces symptômes aient de suites sérieuses. Mais il faut se tenir sur ses gardes quand ces symptômes apparaissent, car ils peuvent être les signes précurseurs d'une conjonctivite purulente. La véritable conjonctivite purulente débute par une sécrétion sémi-liquide, jaune foncé, semblable à du beurre fondu. Il est rare de l'observer, parce que, règle générale, les parents ne voient la gravité de la maladie qu'au moment où la sécrétion purulente est franchement établie ou même plus tard lorsque l'œil est complétement perdu et a subi une foule de traitements barbares comme les commères seules savent en inventer.

Le plus souvent, vers le troisième jour après la naissance, on remarque un peu de rougeur et de gonflement à la paupière supérieure, les cils sont accolés par de la matière purulente concrète. Dès les premiers jours la sécrétion devient purulente; en entr'ouvant les paupières on voit s'échapper un fluide *épais, blanchâtre, verdâtre ou jaune.* La face interne des paupières est injectée et tuméfiée. L'enfant a les yeux constamment fermés. C'est la conjonctive palpébrale et le repli qu'elle forme qui est le principal siége de l'inflammation.

Il est très rare d'observer des épanchements de sérosité sous la conjonctive de manière à former des bourrelets charnus autour de la cornée (*chemosis*) comme on en observe presque toujours dans la conjonctivite purulente des adultes.

A mesure que la maladie progresse, les paupières se gonflent, rougissent, la secrétion augmente au point de devenir assez abondante pour couler sur la joue des petits malades. Pour peu que cet état dure, que le pus continue à être secrété en abondance et à séjourner entre les paupières, l'épithélium cornéen se macère, s'exfolie, la cornée une fois privée de son enveloppe protectrice s'infiltre de liquide purulent. Dans l'espace de quelques jours, à dater de l'invasion de la maladie, la cornée peut se perforer à son centre, c'est-à-dire au point le plus éloigné de sa nutrition, et déterminer la sortie de l'iris, du cristallin et aboutir finalement à la perte complète de la vue.

Au point de vue de la gravité de la maladie et du traitement à suivre, il y a une différence importante à établir entre le

simple catarrho conjonctival et l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. On s'empresse trop de conclure à une ophthalmie purulente à propos de toute affection inflammatoire de la conjonctive dès qu'il s'agit d'un enfant âgé de quelques jours. Les simples catarrhes sont très fréquents chez les enfants, et les produits secrétés de cette affection diffèrent au point de vue physique et chimique de ceux de l'ophthalmie purulente. La secrétion catarrhale est inoffensive pour la cornée. Le traitement de l'ophthalmie purulente par les caustiques, l'emploi de la glace en permanence et les nettoyages de l'œil à toute heure du jour et de la nuit, constituent une tâche difficile et pénible à remplir, qu'il ne faut pas imposer inutilement; en outre, elle n'est pas sans danger. Je crois inutile d'insister plus longuement sur le diagnostic différentiel à établir entre la conjonctivite purulente et catarrhale des nouveau-nés, il me semble qu'il ne peut exister de difficultés à résoudre la question que dans les cas rares où la conjonctivite catarrhale est intense ou l ophthalmie purulente peu grave; dans ces cas, d'ailleurs, le traitement devrait être proportionné à l'intensité des symptômes et il ne pourrait en résulter aucun inconvénient grave pour le patient.

Traitement.—Sous l'impression où sont les parents, que leur enfant a pris de l'air en le portant au baptême et qu'il s'agit là d'une affection insignifiante qu'un peu de lait de la mère peut guérir, on se croit justifiable de ne pas appeler le médecin. La tendresse outrée de certaines mères, l'impossibilité où elles sont de porter elles-mêmes leur enfant au médecin, sont cause qu'on s'abstient volontiers des soins d'un homme de l'art et qu'on suit plutôt le traitement conseillé par des voisins obligeants. Parmi les traitements populaires et barbares que j'ai vu employer dans les opthalmies purulentes, je citerai le sucre blanc en poudre, les écailles d'huîtres pilées, l'urine, l'huile St-Jacob, la térébenthine, etc. (J'en passe et des plus vantés.)

S'il fallait en croire ceux qui sont étrangers à la science médicale, les trois-quarts des maladies des yeux seraient des taies et l'autre quart des cataractes. Et c'est sous prétexte de faire passer ces taies, ces cataractes, qu'on va jusqu'à mettre des écailles d'huîtres pilées et de la térébenthine dans les yeux d'un enfant atteint d'opthalmie purulente!

Si encore on ne voyait de si déplorables abus que parmi ceux qui ignorent les premières notions de la médecine, mais ce qu'il y a de souverainement regrettable c'est de voir des médecins prescrire du lait de femme contre les ophthalmies purulentes, ou, ce qui est pis encore, du calomel en application sur la cornée, pour la même affection accom-

pagnée d'infiltrations cornéennes. On confond alors des infiltrations cornéennes avec les taies qui succèdent aux abcès et aux ulcères de la cornée.

Dès qu'on apporte un nouveau-né pour faire traiter ses yeux, il est essentiel d'écarter largement les paupières afin d'explorer la cornée et de constater dans quel état elle se trouve. Il peut être nécessaire, pour atteindre ce but, de se servir d'un écarteur simple, mais la plupart du temps les deux pouces suffisent. On prend la tête de l'enfant entre les deux genoux, on assèche les paupières afin que les mains ne glissent pas, on applique le pouce de la main gauche sur la paupière supérieure et le pouce de la main droite sur l'inférieure, et, en écartant les deux pouces, on a soin de pousser les bords palpébraux vers le cul-de-sac afin que les paupières ne se renversent pas au dehors. Il faut éviter de presser sur le globe oculaire, car dans le cas où la cornée serait ulcérée, cette pratique maladroite aurait pour conséquence possible la perforation de cette membrane.

L'œil ayant été mis à découvert, il faut enlever toutes les mucosités qu'on y trouve. Il arrive quelquefois de confondre des filaments de mucus déposés sur la cornée avec des infiltrations de cette membrane. Le lavage de l'œil est donc nécessaire avant l'examen de la cornée. Cette précaution prise, il faut voir si la cornée est lisse, brillante, pouvant réfléchir à la façon d'un miroir l'image des objets voisins, de la fenêtre par exemple. Si elle a cette apparence, il y a tout lieu de croire qu'elle est intacte. Au contraire, remarque-t-on du dépoli de cette membrane, une certaine teinte grisâtre, l'image des objets voisins est-elle brisée, diffuse, c'est un signe qu'il y a là des lésions qu'il faut préciser et traiter.

Etant parfaitement renseigné sur la nature et l'état actuel de la maladie, il reste à instituer le traitement.

Les premiers soins à donner contre l'ophthalmie purulente au début, c'est à-dire au moment où la secrétion est franchement purulente, consistent premièrement dans les cautérisations au nitrate d'argent. Desmarres a recommandé dans ce but le crayon mitigé composé comme suit :

℞ Nitrate d'argent..... .....
" de potasse..... } *a a* p. aeq.

On peut combiner le nitrate d'argent avec deux ou trois parties de nitrate de potasse et obtenir ainsi un caustique encore moins énergique que le précédent. L'application de ce caustique a pour effet de produire une eschare d'une certaine épaisseur pouvant donner lieu, par le frottement, à des excoriations

et à des complications cornéennes. En se servant d'une solution de nitrate d'argent (10 à 20 grs à l'once, par exemple), on échappe à ce reproche. Voici la manière de l'appliquer. Vû le gonflement des paupières dans les ophthalmies purulentes, il est facile de renverser (*ectropionner*) les paupières. On applique alors sur la conjonctive palpébrale et du cul de sac un pinceau trempé dans une forte solution de nitrate d'argent, et, immédiatement après, on passe le même pinceau à l'eau, puis dans une solution de sel de table et on lave la conjonctive avec cette dernière solution afin de neutraliser l'excès du caustique.

Il faut avoir soin, en faisant cette cautérisation, de ne pas laisser pénétrer le nitrate d'argent entre les paupières, de manière à ce qu'il exerce aussi son action sur la cornée et la conjonctive bulbaire.

Pour prévenir cet inconvénient, il est préférable de ne cautériser qu'une paupière à la fois pendant que l'autre recouvre l'œil entièrement et le protége.

Il faut renouveler les cautérisations tous les jours jusqu'à ce que les premiers symptômes soient appaisés, c'est-à-dire jusqu'à ce que le gonflement et la sécrétion aient diminué notablement. On peut alors recourir à des solutions moins fortes, 15 et 10 grains à l'once, et même 5 grains à l'once, lorsque l'affection est à son déclin. Outre les cautérisations, il faut faire usage de l'atropine, aussi longtemps qu'il n'y a pas de complications cornéennes.

℞ Sulfate d'Atropine..... gr j
Vaseline..... ʒ ij

Gros comme un pois, entre les paupières, 3 fois par jour, a pour effet de calmer les douleurs. L'enfant, à la maison, doit être l'objet de l'attention la plus soutenue. Il faut quelqu'un auprès de lui pour appliquer continuellement de la glace sur les yeux et empêcher le pus de séjourner entre les paupières. On se sert dans ce but d'une éponge que l'on imbibe dans une solution tiède d'acide phénique au $\frac{1}{200}$. Si le pansement antiseptique a sa raison d'être quelque part, c'est certainement dans le traitement de l'ophthalmie purulente. C'est pourquoi il ne faudra pas lésiner avec l'emploi des lavages de l'œil et renouveler souvent la solution dans laquelle trempe l'éponge.

S'il y a des complications cornéennes, il ne faut pas faire un usage aussi énergique du froid, surveiller davantage l'action du caustique et prescrire, en place de l'atropine, le sulfate d'ésérine. On a remarqué que les ulcérations de la cornée guérissaient beaucoup mieux avec le collyre à l'ésérine. Proba-

blement parceque ce médicament a pour action de diminuer la tension intra-oculaire. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet et de le développer plus au long en parlant de certaines kératites.

Il nous reste encore à dire quelque chose du traitement préventif. S'il est consolant de pouvoir dire que toute ophthalmie purulente des nouveau-nés, bien traitée, se guérit, il ne l'est pas moins de constater qu'elle peut se prévenir. La cause de cette affection étant presque toujours l'inoculation, il reste à l'empêcher. Dans ce but, on devrait faire dans le vagin, pendant les premières périodes du travail. de fréquentes injections à l'eau tiède légèrement phéniquée; on devrait laver soigneusement les yeux de l'enfant aussitôt qu'il a été séparé de sa mère. Les praticiens devraient aussi s'enquérir à l'avance si la mère est ou non atteinte d'écoulement vaginal et agir en conséquence pour écarter le danger qui en résulte pour l'enfant. Si l'on n'entraîne pas la matière de l'écoulement ou si l'enfant, une fois né, reste une demi-heure—une heure au plus—sans que ses yeux aient été scrupuleusement nettoyés, il y a toute chance qu'il soit atteint d'ophthalmie purulente. (1)

Lettres aux deux Wilfrid.

LETTRE PREMIÈRE.

MES CHERS AMIS,

Ne regardez pas maintenant la signature de cette correspondance, vous seriez tentés de croire qu'elle vous vient d'outre-tombe.

Il y aura bientôt cinq ans que nous sommes séparés! Combien pendant ce laps de temps ont passé de vie à trépas! Grâce à Dieu! je suis encore de ce monde et vous me voyez en train de vous en fournir la preuve.

---

(1) Plusieurs erreurs typographiques de quelque importance se sont glissées dans la première partie du travail de M. le Dr Foucher (livraison de juillet). Nous les rectifions immédiatement :

Page 322, ligne 3e au lieu de : *David Sichel*, lisez : *David Sichel.*

Même page, ligne 23e au lieu de : 5 *et* 10 *années*, lisez : 5 *et* 6 *années.*

Page 325, ligne 36e au lieu de : *conjonctivite pustuleuse en phlyténulaire*, lisez : *conjonctivite pustuleuse ou phlycténulaire.*

Page 323, ligne 2e au lieu de : *exacte*, lisez : *vaste.*

Vous souvient-ils des heures charmantes que nous avons si souvent passées ensemble, alors que réunis tous trois, dans notre petite chambre d'étude, nous osions timidement pénétrer dans les arcanes de la science pour tâcher d'y surprendre le secret de soulager les maux de l'humanité ?

Une légère différence d'âge, quelques années de plus d'étude et d'expérience avaient fait de moi votre aîné et vous me récompensiez du zèle avec lequel je m'efforçais de vous faire partager mon faible bagage scientifique, en m'appelant: *votre jeune patron*, titre dont je me sentais si fier et dont le souvenir flatte encore tant mon amour-propre en même temps qu'il me touche le cœur.

Vous rappelez vous vos discussions dans lesquelles vous mettiez tant d'acharnement, me choisissant ensuite pour arbitre, position qui souvent me causait tant d'embarras, de réflexions et d'étude.

Les exigences sociales vous forcèrent de songer à vous établir et nous dûmes nous séparer. Mais malgré cet isolement respectif, que de fois n'ai-je pas dirigé mes pensées de votre côté !

Je me dis, un jour: " Pourquoi ne pas ranimer notre ancienne amitié ? Qui m'empêche de communiquer avec ces bons amis que j'aime plus que je ne le croyais alors que la séparation ne m'avait pas encore fait sentir la profondeur de mon affection pour eux ? "

Je résolus de vous écrire, je pris la plume et me voilà. Je viens reconstituer notre ancien trio ; vous êtes mes deux intelligents élèves et je suis, comme autrefois votre jeune patron.

Oserai-je me flatter que les conseils que je vous ai donnés jadis, en toute humilité, vous ont été de quelqu'utilité dans votre pratique ? Si oui, je reviens me mettre à votre disposition, vous faire part de mes observations et vous communiquer les réflexions que l'expérience et l'étude ont fait surgir dans mon esprit. Je m'estimerai heureux si par ce moyen, je puis un peu contribuer à aplanir les difficultés contre lesquelles viennent se heurter les pas du jeune praticien, au début de sa carrière.

Etudiez-vous toujours ? Les soucis, les occupations, les " *et cætera* " de la vie conjugale ont ils altéré chez vous cette fougueuse ardeur, cette soif d'apprendre qui faisaient de vous des étudiants modèles et qui vous ont valu tant de luuriers sur les bancs de l'école ?

Si le malheur voulait que vous ne fussiez plus les mêmes, mes chers Wilfrid ; si vous m'appreniez que, comme tant d'autres, vous êtes tombés dans les froides habitudes du *far niente* et de la routine, oh ! que je vous plaindrais !

Qu'est-ce, en effet, que la médecine, sans une étude sérieuse et incessante ?

Aujourd'hui, mes bons amis, ne pas avancer est synonyme de rétrograder. Dans notre pays surtout, où à cause de la faible rémunération accordée aux services du médecin, nous sommes obligés d'être à la fois chirurgien, médecin, accoucheur, dentiste et même pharmacien, comment voulez-vous ne pas dégénérer en absolues nullités, si vous ne consacrez pas tous vos instants à l'étude des diverses branches de notre profession, dont une seule demanderait, pour être approfondie, la vie toute entière ?

Levez les yeux vers Paris et voyez ce qui s'y passe.

Demandez au professeur de la Faculté quels labeurs ne lui à pas coûtés la possession de cette chaire, obtenue au prix de tant de concours et qu'il n'atteint bien souvent que les cheveux blanchis par le travail et les années.

Visitez les hôpitaux, franchissez le cabinet d'étude de ces laborieux internes, de ces candidats à l'agrégation, futurs professeurs et demandez-leur si c'est engourdis dans les douceurs de la ligne horizontale comme dirait Murger, qu'ils s'élèvent à l'objet de leur convoitise, de leur émulation ?

Eux seuls, comme ceux qui s'inspirent de leur exemple méritent véritablement le nom de médecins et sont à la hauteur de la noble mission qu'ils ont à remplir.

Commencez de bonne heure, mes amis, à vous créer une bonne bibliothèque et à vous en servir, naturellement. L'argent que vous sacrifierez pour acheter un livre vous sera toujours rendu avec usure.

Souscrivez aux journaux de médecine ; c'est le meilleur moyen de vous tenir au courant des progrès de la science. Leurs nombre ne vous laisse que l'embarras du choix. *L'Union Médicale du Canada*, le *Toronto Lancet*, la *Revue de Braithwaite*, le *London Lancet*, la *Revue de Thérapeutique*, le *Progrès Médical* de Paris, etc., etc., sont toutes d'excellentes revues qui vous seront d'une incontestable utilité. En faisant remise du montant presque nominal de leur souscription à votre libraire, ce dernier vous fera parvenir périodiquement ces publications.

Mais pour profiter de la lecture de ces journaux, il faut une certaine méthode.

Mes amis, ne vous fiez pas à votre mémoire. Quelqu'heureuse qu'elle soit, la mémoire est un tamis dont les mailles ne retiennent que ce qui offre un intérêt majeur, tout le reste s'engouffre dans l'oubli et, en médecine, il ne faut rien perdre.

Commencez dès aujourd'hui, à vous créer un répertoire que vous pourrez, plus tard, consulter au besoin. Inscrivez-y par

ordre alphabétique, le titre des sujets qui vous auront offert quelqu'utilité et que vous pourrez retrouver sans peine, en référant à vos ouvrages ou à vos journaux de médecine.

Pendant une lecture, une pensée vous frappe, couchez une note dans votre "Index"; demain, vous pourrez en avoir besoin et sans fil conducteur vos recherches demeureront stériles.

Conservez toujours la bonne habitude qu'autrefois je me suis efforcé de vous faire contracter: prenez, par écrit, l'observation de tous les cas intéressants que vous rencontrez dans votre pratique; n'épargnez aucun détail, notez clairement l'histoire du cas, les antécédents du malade, son âge, sa profession ou son métier, les symptômes, la marche de l'affection. Enregistrez tous les jours les modifications survenues dans la maladie, sous l'influence du traitement ou d'autres causes. Un obstacle vous arrête, quelque point obscur vous embarrasse, discutez, la plume à la main, aidez-vous des écrits de vos auteurs et indiquez soigneusement les passages qui auront contribué à éclaircir votre sujet.

"Mais, voilà beaucoup de travail, me direz-vous, et le temps nous fait souvent défaut."

Je le sais, mais les heures consacrées à l'étude ne sont pas du temps perdu et dix cas observés de cette manière vous seront plus profitables que mille autres traités à la légère et pour ainsi dire, au jour le jour. Ces derniers ne feront jamais de vous que des routiniers et n'ajouteront jamais rien à votre expérience, croyez moi.

Ces considérations m'amènent à vous dire un mot sur le soin que vous devez apporter dans l'examen de vos malades.

Un diagnostic aussi précis que possible de l'affection que vous aurez à traiter est la condition obligée d'une thérapeutique rationnelle et bien entendue et vous n'y arriverez que par une étude méthodique et munitieuse des signes subjectifs et objectifs que vous offrira la maladie.

Prenez connaissance de tout ce qui a trait au malade; que ce dernier vous fasse une "confession médicale" de toute sa vie, questionnez-le, étudiez-le; en un mot, passez-moi l'expression, apprenez-le par cœur.

Mais, je vous en préviens, il vous faudra bien souvent vous armer de patience, car, sachez-le bien, vous trouverez dans votre pratique des malades qui répondront mal à vos questions, qui vous dérouteront, qui vous égareront de toutes les façons. C'est dans ces cas qu'il faut être patient, savoir varier ses questions, revenir plusieurs fois sur le même point jusqu'à ce qu'aucun doute ne subsiste.

En approchant du lit du malade, quelques questions vous apprendront son âge, sa profession, sa constitution et son tempérament. D'un coup d'œil, saisissez en même temps ce que son habitude extérieure pourrait vous offrir de remarquable, la position qu'il occupe dans le lit, la coloration de la peau, l'expression de la figure.

Recherchez ensuite les antécédents personnels et héréditaires, tels que les maladies antérieures dont le sujet aurait pu être affecté, ou l'existence, dans sa famille d'une maladie diathésique susceptible d'être transmise par hérédité, telle que cancer, tubercule, rhumatisme, goutte, syphilis, etc.

Interrogez alors le malade sur sa maladie actuelle ; laissez-le parler, qu'il vous raconte lui-même le début des accidents, qu'il vous indique le siège et le caractère de ses souffrances. S'il s'égare dans le récit de choses inutiles ou fastidieuses, vous pourrez facilement l'en empêcher en le guidant.

Munis des renseignements qui vous seront fournis de la bouche du malade, procédez à l'examen des symptômes objectifs. Auscultez, percutez, repassez les fonctions de tous les organes en interrogeant scrupuleusement celui que vous croirez être le siége de la maladie. Ne négligez jamais les indications que pourraient vous donner le pouls, la température, les caractères chimiques de l'urine.

Comparez enfin la synthèse de ces divers symptômes, au modèle schématique que vous offre la pathologie dont vous ne sauriez posséder une connaissance trop approfondie.

Mais, gardez-vous bien de vous laisser entraîner par l'imagination et de formuler un diagnostic avec trop de précipitation. Ce qui est obscur aujourd'hui sera peut-être clair demain, attendez. La nature abandonnée à elle-même, même dans son désordre, produira moins de mal, croyez-moi, que ne pourrait le faire votre thérapeutique erronée ou introspective.

A l'œuvre donc, mes chers amis. Vous avez à votre disposition tous les matériaux nécessaires pour faire de vous des médecins dans toute l'acception du mot ; allez-y gaiment et que votre zèle ne se ralentisse jamais.

Je vous promets, de mon côté, de vous aider dans toute la mesure de mes forces ; j'y trouverai mon compte, car je ne saurais goûter de plaisir plus grand que celui de m'entretenir souvent avec mes deux bons vieux amis.

Au revoir,

L. Coyteux Prévost.

Ottawa, 21 juillet 1882.

Sociétés Médicales.

ASSOCIATION NEUROLOGIQUE AMÉRICAINE.

Séance des 21, 22 et 23 juin 1882.

Présidence du Dr W. A. Hammond, (New-York).

Le Dr Bannister, de Chicago, donne lecture d'une note sur les *symptômes de manie aigüe* se produisant durant le cours de la médication bromurée, dans le traitement de l'épilepsie.

D'après l'expérience du Dr B... ces symptômes se sont manifestés dans un cinquième des cas d'épilepsie traités par les bromures.

Le Dr S. G. Weber communique quelques observations sur la *paralysie saturnine* et conclut que cette forme de paralysie ne dépend pas d'une lésion de la moëlle, mais est dès le début le résultat d'une névrite. Le pronostic doit être considéré comme favorable dans les cas récents.

Certains cas d'intoxication saturnine simulent à s'y méprendre l'inflammation de la moëlle épinière.

Le Dr Chs. K. Mills, de Philadelphie rapporte douze cas de tumeur cérébrale, et appuie sur les signes diagnostiques suivants :

1° *Céphalalgie* ; fut présente dans tous les cas. La douleur était continuelle, d'une intensité persistante, et toujours caractérisée par de violentes exacerbations.

2° *Percussion du crâne ;* fut pratiqué dans trois cas et l'on put constater que la douleur était aussi augmentée au point correspondant au siége de la tumeur. Le Dr M... croit que la percussion du crâne doit aider beaucoup à localiser la maladie.

3° *Vomissements ;* Se montrèrent dans huit cas ; furent absents dans les cas où la tumeur occupait la région frontale.

4° *Vertige ;* Ce symptôme, y compris les étourdissements, la démarche chancelante, et l'impossibilité de se tenir debout sans danger de tomber, fut remarqué dans dix cas.

5° *Les troubles* du côté de l'intelligence se montrèrent dans tous les cas et furent surtout d'un caractère *émotionnel.*

6° *Anesthésie ;* fut observée dans sept cas.

1° La névrite optique se montra dans cinq cas ; dans trois autres il y eut névrite descendante.

—Dans tous les cas la température de la tête était élevée.

Le Dr M... en vient aux conclusions suivantes :

(*a*) Le diagnostic général d'une tumeur intra-crânienne peut être fait avec plus de certitude que celui de toute autre maladie intra-céphalique, ce diagnostic étant basé sur l'existence de la céphalalgie, du vertige, des vomissements, de l'œdème papillaire, et sur la percussion de la tête ; 2° un diagnostic local peut être fait d'une façon assez certaine en certains cas par l'observation des symptômes présents. en d'autres par voie d'exclusion ; 3° les tumeurs de la zone motrice corticale peuvent être diagnostiquées de bonne heure ; 3° les tumeurs des lobes frontaux peuvent être diagnostiquées en procédant par voie d'exclusion ; 5° les tumeurs des lobes pariétaux et occipitaux peuvent être reconnues par la présence des symptômes du côté des sens ; 6° le siége précis des tumeurs considérables du pont de varole peut être déterminé ; 7° De même on peut localiser de petites tumeurs siégeant dans une des quatre parties de la protubérance ; 8° Les tumeurs du cervelet peuvent enfin, elles aussi, être reconnues d'une manière assez sûre.

Le Dr Putnam est d'avis que la distinction faite par le Dr M... entre la névrite et l'œdème papillaire (*choked disk*) n'a aucun sens réel ni pratique.

Le Dr A. D. Rockwell rapporte un cas ou le malade ayant offert des symptômes positifs de tumeur cérébrale, on ne trouva absolument aucune lésion de ce genre à l'autopsie.

Le Dr Séguin reconnait l'importance de la céphalalgie comme élément de diagnostic, cependant il a pu observer deux cas où ce symptôme manquait. Quant à la névrite optique et à l'œdème papillaire, il ne les a constatés qu'une fois sur dix cas de tumeurs *cérébrales*, mais ils existaient dans tous les cas de tumeur de la base ou du cervelet.

Plusieurs de ses patients souffrant de tumeur cérébrale étaient doués d'une susceptibilité particulière pour le chloral, que l'on fut obligé de remplacer par la morphine pour soulager la douleur.

Le Dr Mills termine la discussion en disant que d'après lui, dans les cas de tumeur intra crauienne, il y a soit névrite optique, soit simple œdème papillaire, suivant la position qu'occupe la néoplasie.

Suivant l'expérience qu'il en a, les tumeurs intra craniennes ont généralement pour siège les membranes du cerveau. La céphalalgie est un symptôme d'irritation des méninges, et si on ne la constate pas dans un cas donné de tumeur intra cranienne on peut augurer que la tumeur ne siége pas dans les méninges.

Le Dr F. T. Miles, de Baltimore, rapporte un cas d'*hémorrhagie siégeant dans le pont de varole.* La malade, âgée de 40 ans devint subitement hémiplégique. Il y eut perte de connaissance, pannus de l'œil gauche et surdité complète de l'oreille gauche. Ce qu'il y eut de remarquable dans ce cas, c'est que le nerf de la 5me paire fut épargné, que la paralysie de la sensibilité fut limitée seulement à une branche de la 5me paire, la destruction de l'œil commençant presque aussitôt ; enfin que l'hémorrhagie siégeait trop en dehors des couches pyramidales pour expliquer l'hémiplégie du côté droit.

Le Dr Spitzha émet l'opinion que la lésion existait également dans les couches pyramidales.

Le Dr W. J. Morton, de New-York, donne lecture d'un travail sur les usages thérapeutiques de l'électricité statique

Après avoir mentionné les diverses améliorations apportées dans la fabrication des appareils et dans leur mode d'emploi, le Dr Morton en vient aux conclusions pratiques suivantes. L'électricité statique rend des services en général dans les cas de paralysie ayant résisté aux courants galvaniques et faradiques, dans les névralgies, l'irritation spinale, le rhumatisme et l'hystérie sous toutes ses formes. Le Dr M... a employé l'électricité statique avec succès contre l'anesthésie hémiplégique ou hystérique, la névrite, l'atrophie musculaire progressive, l'angine de poitrine, l'aphonie hystérique, l'asthme spasmodique, la paralysie de Bell, la paralysie diphthérique etc. Dans la chorée, les résultats n'ont pas été satisfaisants ; dans l'ataxie locomotrice, quelques symptômes ont été améliorés, mais c'est tout, aucun effet permanent n'en est résulté.

Le Dr P. W. Amidon est d'avis que l'électricité statique n'a aucun avantage spécial sur l'électricité dynamique ; tout au plus agit-elle comme léger contre irritant ou même comme tonique ou stimulant. Cette méthode rend surtout service quand il s'agit de frapper l'imagination des malades, comme dans la plupart des cas d'hystérie. Mais alors on a à sa disposition une foule d'autres moyens plus faciles.

Le Dr G. M. Hammond rapporte quatre cas d'atrophie musculaire progressive ayant bénéficié assez considérablement de l'usage de l'électricité statique.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Luxation du genou ; réduction.—Kyste de l'ovaire ; péritonite secondaire.—Prolapsus complet de l'utérus ; réduction par la bande élastique.—Paralysie saturnine.

Luxation du genou; réduction.—Joseph R*** 14 ans, boucher, est admis à l'hôpital le 30 juin 1882, (salle St-Joseph, No 7) service de M. le professeur Broseau. Il dit être tombé de voiture, d'une hauteur d'à peu près quatre pieds, mais il ne peut assurer que la roue du véhicule ait passé sur sa jambe. La jambe droite forme avec la cuisse un angle obtus dont le sommet est dirigé vers la ligne médiane. La luxation est presque complète, le bord interne de la tête du tibia correspondant à la fosse intercondylienne.

Le condyle interne du fémur proémine fortement et l'on en peut facilement reconnaître les contours au moyen de la palpation. La rotule a suivi le déplacement de la tête du tibia. Le pied est dévié en dehors ; l'impuissance du membre est complète. Il n'y a aucune lésion externe, sauf l'ecchymose.

A l'aide du chloroforme la réduction s'opère assez facilement. Le membre est ensuite placé sur une large gouttière postérieure, une longue attelle étant posée sur la face externe du membre et s'étendant du bassin au tiers inférieur de la jambe ; des lacs servent à consolider cette attelle sur le bassin, la cuisse et la jambe et facilitent le maintien de la réduction.

Pendant les 48 heures qui suivent l'accident les applications froides (glace) sont maintenues sur le genou. Le troisième jour, l'attelle latérale est enlevée, et l'on remplace les applications froides par des compresses d'acétate de plomb. L'épanchement articulaire et péri-articulaire est assez considérable au début mais il cède graduellement à l'emploi des moyens ci-dessus indiqués.

Le 7 juillet, le malade est assez bien pour pouvoir laisser l'hôpital. Sous l'influence du traitement mis en vigueur, i. e. gouttière postérieure et attelle latérale, applications froides, compresses d'acétate de plomb remplacés plus tard par des frictions à l'alcool camphré, le malade fait d'assez rapides progrès vers la guérison et peut, à la date où nous écrivons, (20 juillet) commencer à marcher.

M. le prof. Brosseau attire l'attention des élèves sur la rareté des luxations simples du genou. La plupart du temps ces luxations sont compliquées de fracture de l'un des condyles ou même de la rotule. Dans le cas présent tout le danger venait de l'arthrite traumatique qui pouvait s'en suivre et qui aurait été nécessairement de nature grave. C'est pour prévenir cette inflammation que l'on a insisté sur l'emploi continuel des applications froides ; l'on se proposait même d'appliquer des sangsues sur l'articulation compromise si le froid n'avait pas produit l'effet désiré. Il fallait à tout prix se rendre maître de la phlegmasie et l'empêcher de passer à la suppuration.

Kyste de l'ovaire; péritonite secondaire.—Madame D. P..., 28 ans, accouche (à terme) vers le 1er avril dernier; on fut obligé d'appliquer le forceps ; convalescence ordinaire et assez heureuse, la malade se levant au bout de 12 jours et commençant dès lors à faire quelques petits ouvrages dans la maison. Lors de son accouchement elle ne remarque pas que l'abdomen soit plus développé qu'aux accouchements antérieurs. Immédiatement après la délivrance cependant, il semble à la patiente qu'elle reste encore un peu *grosse*. Quand elle se lève, au bout de douze jours, les parents lui font remarquer qu'elle est encore presqu'aussi développée qu'elle l'était au terme de sa grosseur.

La malade reste en cet état pendant huit semaines, l'abdomen grossissant encore quelque peu dans cet intervalle. Après huit semaines des douleurs se déclarent, aiguës et persistantes vers le niveau de la fosse iliaque gauche. Il y a quelques vomissements, mouvement fébrile, frissons, difficultés d'uriner etc., etc. On applique des cataplasmes, et des calmants sont administrés. Après quinze jours de maladie la patiente peut se lever, et vaquer de nouveau à ses occupations. Au bout de deux semaines, les douleurs apparaissent de nouveau encore au côté gauche, accompagnées des mêmes symptômes généraux et locaux. On suit le même traitement et la malade reprend bientôt le dessus. Pendant tout ce temps, l'abdomen est resté distendu comme il vient d'être dit; de fait il l'est presque autant que celui d'une femme au 9e mois de grossesse.

Le 8 juillet, la malade vient à Montréal pour se soumettre à un examen médical. Elle se sent alors assez bien, sauf la proéminence de l'abdomen, si bien en effet que, le lendemain de son arrivée, elle va avec des parents et amis faire en voiture le tour du parc de la montagne et du cimetière catholique. Le mouvement de la voiture lui fait bien éprouver quelques secousses qu'elle ressent dans l'abdomen, mais elle n'y prend pas garde.

Le lendemain elle est prise de douleurs aiguës au côté gauche encore. La sensibilité est considérable à cet endroit: la température est élevée, le pouls accéléré, et la malade peut à peine se mouvoir. Il n'y a pas de vomissements cette fois, mais simplement anorrexie. Avec cela, constipation, dysurie, etc.

Le 13 la malade est admise à l'hôpital, salle Ste-Marie, No. 46. Les douleurs sont assez fortes et la sensibilité abdominale considérable. Celle-ci s'étend à toute la partie antérieure de l'abdomen au-dessous de l'ombilic, et même dans les flancs, un peu plus haut que l'ombilic; elle semble plus considérable à droite qu'à gauche. Il y a matité partout où siège la sensibilité Dans l'hypochondre droit on constate de la sonorité, de même que (mais à un degré moins prononcé) dans l'hypochondre gauche. L'abdomen est très distendu, comme le serait celui d'une femme sur le point d'accoucher. On perçoit très évidemment de la fluctuation dans l'espace limité par la matité, mais on ne peut sentir aucune partie dure ou bosselée. Un examen par le vagin est pratiqué. L'utérus est en position normale; le col est lacéré postérieurement sur une large étendue, (probablement lors du premier accouchement,) mais la cavité du corps a les dimensions normales. Le pouls est à 140, temp. 102¼° Fahr.

Il est évident que cette malade souffre actuellement de péritonite tout comme elle en a souffert huit semaines après son accouchement, et une fois encore depuis. D'où viennent ces poussées inflammatoires? D'après l'histoire du cas on ne peut les attribuer à d'autre chose qu'à la présence d'un kyste ovarique qui s'est développé rapidement depuis le dernier accouchement; il semble également probable que le kyste est uniloculaire. Il ne peut être ici question d'une péritonite primaire dont les produits d'exudation (serum ou pus) se seraient enkystés dans le sac péritonéal. L'hydropisie enkystée du péritoine est chose fort rare et a été mise en doute par plusieurs; d'un autre côté les abcès enkystés surviennent généralement à la suite de péritonite circonscrite et ne sont jamais très considérables, jamais aussi considérables que l'est dans le cas présent la quantité de liquide. En outre, la malade n'offre aucun des symptômes de l'abcès enkysté du péritoine. Le facies est, entre autres choses, remarquablement bon. Les vomissements n'ont été qu'occasionnels dans le cours des trois attaques de péritonite par lesquelles est passée la malade; il n'y a pas eu de frissons caractéristiques, ni de dépérissement. Enfin, la sécrétion du lait non seulement n'a pas manqué, mais encore a été remarquablement abondante depuis l'accouchement.

La patiente est maintenue dans le repos complet. On pres-

crit des fomentations chaudes, cataplasmes, etc., sur l'abdomen et aussi occasionnellemennt des applications d'onguent de belladone et d'onguent d'iode. Diète légère mais nutritive. Opium et chloral au besoin.

A l'intérieur, quinine, 2 gr. 3 fois par jour.

Du 14 au 20, la température se maintient à 101° le soir, pour redescendre à 100 ou 100½ le matin. Le pouls est toujours accéléré (de 116 à 128) et petit. On continue le même traitement. Le 20, les douleurs sont beaucoup moindres, ainsi que la sensibilité. L'abdomen distendu a toujours les mêmes dimensions. La température et le pouls s'abaissent graduellement jusqu'au 25, jour où la malade se sent assez bien et se fait transporter chez elle où elle continue d'être sous observation.

Prolapsus complet de l'utérus ; réduction par la bande élastique.—Amélie R... 47 ans, non mariée, accoucha à l'âge de 31 ans, d'un enfant à terme ; il y eut application du forceps ; le placenta fut expulsé naturellement, sans qu'aucune traction eût été faite. La malade assure avoir été en bonne santé (sauf quelqu'écoulement leucorrhéique, depuis cette époque jusqu'à l'âge de 43 ans, alors qu'elle s'aperçut que la matrice faisait protrusion à la vulve. Sans nul doute le prolapsus se faisait déjà depuis un certain temps dans le vagin. Pendant un an le prolapsus fut réductible, la patiente le réduisant elle-même, mais bientôt il lui fut impossible de le réduire et l'utérus resta pendant ainsi entre les cuisses. D'après les *dires* de la malade, l'état de choses actuel existerait depuis trois ans. Lors de son admission à l'hôpital, (Salle Ste-Marie, No. 34) le 12 juillet, la malade est examinée attentivement. L'utérus est effectivement en prolapsus complet. Recouvert de la muqueuse vaginale qu'il a entraînée dans sa chûte, il présente un corps rouge violacé de la grosseur du poing fermé, et ayant la forme d'un cône tronqué au sommet duquel on découvre l'orifice du museau de tanche. De larges ulcères se sont formés à l'extrémité inférieure de ce corps et sur les côtés par le frottement continuel sur les cuisses et les vêtements. Après avoir fait nettoyer la partie et recouvert les endroits ulcérés avec un linge cératé, on procède à l'application d'un bandage de caoutchouc sur l'organe en prolapsus afin d'en opérer la réduction. Trois ou quatre tours de bande sont d'abord mis circulairement sur la partie la plus considérable de l'organe, c'est-à-dire, à la base du cône, afin d'en faciliter la rentrée en amenant l'anémie locale, puis plusieurs tours sont disposés longitudinalement à l'organe dont ils recouvrent la partie inférieure et l'os ; le tout

est retenu à un bandage de corps de manière à exercer une forte pression de dehors en dedans au moyen des tours longitudinaux de la bande et opérer ains la rentrée de l'organe dont le volume devra être beaucoup diminué par la pression des tours circulaires.

L'appareil est laissé en place pendant deux heures alors qu'un examen fait constater que l'utérus est presque complètement réduit. On enlève les tours de bande, et une légère pression avec la main amène la rentrée de l'organe dans la cavité vaginale. La malade est maintenue dans le décubitus dorsal et il lui est défendu de se lever. Ayant enfreint cette défense le lendemain, le prolapsus se reproduit; nouvelle application de la bande, nouvelle réduction. Cette fois on introduit une éponge assez grosse dans le vagin afin d'empêcher une nouvelle chute de l'utérus. L'appareil qui convient le mieux dans ces cas est le *uterine supporter*, composé d'une tige munie d'une petite coupe fénétrée. Le museau de tanche s'applique sur cette coupe dont les ouvertures laissent passer les mucosités utérines. La tige est plus ou moins longue suivant le point plus ou moins élevé auquel on veut refouler l'utérus. Cette tige est fixée à une bande de toile qui va en avant et en arrière se rattacher à nn bandage de corps. De la sorte l'utérus est fixé en place et ne peut plus retomber. Le *supporteur* doit être porté constamment, cela va sans dire, sans quoi le prolapsus est apte à se reproduire.

Paralysie saturnine.—Adolphe B... 22 ans, ouvrier peintre, se présente à la consultation le 11 juillet 1882 se plaignant d'impossibilité d'étendre la main droite. En effet celle-ci est dans la flexion complète et le malade, quelqu'effort qu'il fasse ne peut absolument pas l'étendre. Les muscles fléchisseurs ont conservé leur action. Le patient n'a jamais souffert de coliques ni de constipation; son appétit est bon et sa digestion facile. Les gencives offrent un léger liseré bleuâtre, un peu plus prononcé sur la gencive supérieure; l'haleine n'est pas fétide.

On prescrit l'iodure de potassium à dose de 10 grains trois fois le jour: localement l'emploi sur le trajet des muscles paralysés du courant galvanique alternant avec le courant faradique; a défaut d'électricité on pourrait prescrire la strychnine. Diète lactée; ablation de la cause; le malade doit cesser de s'exposer ainsi à l'intoxication saturnine, sinon, prendre les moyens d'empêcher le poison de s'introduire dans l'économie, et cela surtout par les soins de propreté.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'hypertrophie du cœur de cause morale.—Nous publions aujourd'hui la réponse de M. le Dr H. Arnaud, (de St. Gilles du Gard) à la thèse développée par M. le Dr Ch. Liégeois, au sujet de l'hypertrophie du cœur d'origine morale, et que nous avons mise sous les yeux de nos lecteurs dans notre livraison de juin.

Cette réponse de Mr. le Dr Arnaud est empruntée au *Concours Médical* du 1er avril 1882.

Le but principal poursuivi par M. Liégeois dans le travail qui nous occupe, a été de démontrer " *qu'il n'y a pas d'hypertrophie du cœur de cause morale.*"

Il résulte de son exposé remarquable des opinions émises sur ce point, que tous les observateurs ne s'accordent pas sur le rôle des émotions morales vives et des passions violentes dans la production de l'hypertrophie du cœur. Tandis que la plupart des auteurs et parmi eux les Corvisart, les Bouillaud, etc, admettant l'hypertrophie du cœur de cause morale, celle-ci est repoussée par MM. G. Sée et Ch. Liégeois.

La raison principale invoquée par MM. Liégeois et Sée c'est que la palpitation n'augmente pas le travail du cœur et ne saurait par conséquent amener l'hypertrophie de cet organe. " A mon humble avis, dit M. Liégeois, M. G. Sée ne s'est pas trompé quand il a soutenu que dans les palpitations morales le travail effectué par le cœur n'est nullement augmenté — qu'il est seulement réparti d'une autre façon et que les impulsions, quoique plus nombreuses, sont chacune moins énergiques qu'à l'état normal—que le cœur a divisé son travail, mais n'a pas travaillé davantage—que les phénomènes, par conséquent, sont très différents de ceux qui s'observent chez l'individu soumettant ses muscles à un travail effectif et exagéré."

Je veux bien admettre que, dans certains cas, et ce sont peut-être les plus nombreux,—le travail réel du cœur n'est pas augmenté quoiqu'il y ait palpitation ; il y a là une sorte de balancement, tandis que les systoles augmentent de nombre, elles diminuent de durée, et la somme du travail produit dans l'unité de temps peut bien être le plus souvent égale ou inférieure

eure à la normale, mais a-t-on le droit de dire qu'il en est toujours ainsi, est-il absolument impossible que, malgré la durée moindre de chaque systole, le travail produit pendant la palpitation soit supérieur à la normale ? Je ne le pense pas, et rien ne me le prouve encore. Il faudrait au moins pour l'affirmer avoir mesuré le travail produit par le cœur dans les diverses sortes de palpitations nerveuses et l'avoir comparé au travail physiologique du même organe. C'est en vain que l'on croirait avoir une idée juste du travail cardiaque en mesurant la tension artérielle. Celle-ci est la résultante d'un certain nombre de conditions dont les principales sont l'ondée systolique et la déperdition du sang par les capillaires. Il peut se faire qu'avec une ondée systolique moindre, la tension artérielle soit augmentée s'il y a eu en même temps déperdition moindre de sang artériél par les capillaires. Mais, même en écartant ce côté de la question. il faut distinguer dans la palpitation le travail utile du travail réel. Dans la palpitation, le travail utile est le plus souvent diminué, ce qui entraîne une diminution de l'ondée systolique et un abaissement de la pression artérielle ; mais il peut se faire avec cela que le travail réel du cœur soit supérieur à la normale ; admettons par exemple une série de systoles très rapprochées, séparées l'une de l'autre par des diastoles très brèves, incomplètes, comme j'en ai observé maintes fois des exemples ; le travail utile sera peu considérable, car la diastole n'étant pas complète le sang ne pénètre pendant ce temps dans le ventricule qu'en quantité minime, et, par conséquent, l'ondée systolique sera peu volumineuse ; cependant le travail réel sera sensiblement inférieur à la normale, puisque le cœur sera continuellement à l'état de contraction. Or, *c'est le travail réel qui a de l'importance au point de vue de l'hypertrophie des muscles, peu importe le résultat extrinsèque obtenu par la contraction musculaire ;* c'est cette contraction elle-mêmé, sa répétition, sa violence qu'il faut considérer, car elle peut avoir pour conséquence le développement exagéré du muscle.

Un fait certain, c'est que le cœur n'accomplit pas normalement tout le travail dont il est capable ; il peut à un moment donné présenter un surcroit d'action. Je n'en veux pour preuve que les efforts cardiaques observés dans le cas de lésion valvulaire, suffisants parfois pour commencer ce vice de conformation et ayant l'hypertrophie pour conséquence. Pourquoi donc la suractivité cardiaque ne pourrait-elle pas s'observer en dehors des lésions d'orifice : ces efforts seraient-ils donc toujours de nature *providentielle*, toujours subordonnés à la prévoyance de la nature, pour me servir d'une expression de Beau.

Ne peut-il pas y avoir des excitations et, parmi celles-ci des émotions ou des passions produisant l'excès d'action du muscle cardiaque et par suite son hypertrophie? M. Liégeois le nie; mais cela ne suffit pas, il faudrait encore le démontrer.

C'est en vain que l'on conteste énergiquement le droit de comparer le cœur aux muscles de l'ouvrier. Sans doute l'identité n'est pas absolue; il y a des différences anatomiques, que M. Liégeois énumère avec son exactitude habituelle; il y a aussi des différences physiologiques, telles que la durée 8 ou 10 fois plus grande de la secousse cardiaque et l'impossibilité de fusion des secousses successives du cœur, qui fait dire à M. Marey: " Le cœur tend vers un état de contraction sans jamais l'atteindre." Mais il n'en est pas moins vrai que le muscle cardiaque est, au fond, de la même nature que les autres muscles; c'est une substance contractile, possédant la propriété fondamentale de l'excitabilité; et il n'y a rien qui nous indique qu'il soit soustrait à la loi du développement proportionnel à l'exercice à laquelle paraissent soumis les muscles en général.

Mais admettons un instant comme parfaitement démontré que les palpitations nerveuses ne sont jamais le signe du surcroit d'action du cœur. Cela suffit-il pour faire rejeter définitivement les hypertrophies cardiaques de cause psychique? L'on admet généralement, il est vrai, que les palpitations nerveuses sont un intermédiaire obligé entre les causes morales et le développement exagéré du cœur. Mais ce n'est pas là la seule hypothèse qui puisse être faite pour expliquer dans ce cas la lésion du cœur. On peut admettre, par exemple que certaines émotions produisent une impression spéciale sur les centres nerveux trophiques et fonctionnels du cœur dont les conséquences appréciables seraient l'hypertrophie et la palpitation. Je n'ai pas à développer ici cette interprétation. J'ai voulu seulement prouver qu'il ne serait pas impossible d'expliquer le mécanisme de l'hypertrophie du cœur de cause morale, alors même que l'on démontrerait l'impuissance absolue des palpitations nerveuses à produire l'hypertrophie cardiaque.

En définitive la question qu'il s'agit de résoudre est celle-ci: Existe-t-il des hypertrophies du cœur de cause morale? Or à une pareille question, c'est l'observation, non le raisonnement qui doit répondre. On essaiera de me démontrer que les palpitations nerveuses sont toujours incapables de produire l'hypertrophie du cœur. Que m'importe? Ce n'est pas de cela qu'il s'agit; tout ce raisonnement est inutile, si un clinicien vient me dire: Voici des faits bien observés dans lesquels je ne puis découvrir à l'hypertrophie du cœur aucune cause autre

que les émotions, les chagrins, etc. Or les faits existent, les hypertrophies du cœur consécutives à des causes morales ont été vues par trop d'observateurs compétents pour qu'il soit possible de les nier. Que répondre à ces paroles de Bernheim, rapportées par M. Liégeois lui-même ? " S'il est un fait qui me semble avéré, c'est celui-ci : que les palpitations nerveuses aboutissent à l'hypertrophie cardiaque. Que de fois ai-je observé des hypertrophies qui n'avaient pas d'autre origine ? Je vois dans ce moment un homme robuste et vigoureux qui, à la suite de chagrins domestiques, de querelles violentes et passionnées, a des palpitations de cœur avec irrégularité constante dans le rhythme et une hypertrophie de cet organe, dont la pointe bat au septième espace à deux travers de doigt en dehors du mamelon. " C'est en vain que l'on essaierait de faire entendre qu'il y a eu confusion, que dans le cas de palpitations coïncidant avec l'hypertrophie, on a pu considérer la palpitation comme la cause alors qu'elle n'était que la conséquence : cela ne détruirait pas l'influence de la cause morale primitive sur l'hypertrophie. On pourra bien faire remarquer avec M. G. Sée : " qu'on a pu confondre l'hypertrophie du cœur avec la dilatation si fréquente sous l'influence des conditions nerveuses." Cela est possible, en effet dans certains cas ; mais dira-t on que cela a été toujours ; que lorsque la cause nerveuse a été invoquée par tant d'observateurs éminents il y a toujours eu erreur commise, il y a toujours eu dilatation au lieu d'hypertrophie ?.. Il ne suffit pas d'émettre de pareilles assertions, il faudrait encore les prouver. Quant à moi, je n'ai peut-être pas observé dans ma carrière médicale un seul cas d'hypertrophie cardiaque pouvant être attribué sûrement à une influence morale : mais je ne me crois pas pour cela le droit d'affirmer que cette sorte d'hypertrophie n'existe pas.

Ainsi donc l'observation a prononcé, les hypertrophies cardiaques de cause morale existent ; le rôle de la physiologie pathologique en pareil cas doit être non pas de révoquer en doute le résultat de la clinique, mais de chercher à l'expliquer, à établir un lien pathogénique entre l'hypertrophie et la cause psychique. Ce lien, on a cru le trouver généralement dans les palpitations nerveuses. Si jamais on démontre que la palpitation nerveuse est toujours incapable de produire l'hypertrophie du cœur, on devra rechercher quel est le véritable mode d'action des causes morales sur le cœur, mais on n'aura pas le droit de contester l'hypertrophie de cause morale ; un pareil empiètement de la physiologie pathologique sur la clinique ne serait pas justifié.

Si maintenant nous examinons une à une les conclusions de-

M. Liégeois, nous sommes prêts à convenir avec lui " que la véritable hypertrophie cardiaque est caractérisée par la matité absolue de la région précordiale... que, dans les palpitations de de cause morale, la systole et la diastole cardiaque sont plus brèves, le gonflement systolique et diastolique moins considérable, que la diastole, du reste, est un phénomène purement passif et qu'il est impossible de comprendre l'hypertrophie du cœur dans ce temps de révolution cardiaque." Mais nous ne saurions admettre que " la comparaison entre le muscle de l'ouvrier et le muscle du cœur est des plus inexactes, " que " la systole ne *saurait* s'accompagner d'hypertrophie, puisqu'elle est plus courte qu'à l'état normal. Enfin, s'il est exact que l'hypertrophie du cœur n'est pas la conséquence *obligée* des palpitations d'ordre psychique, nous ne saurions accorder à M. Liégeois " qu'il n'y a pas d'hypertrophie du cœur de cause morale."

—

Du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Rothe.—Nous trouvons dans le *New-York Medical Record* le rapport de trois cas de fièvre entérique traités avec succès au *London Hospital* (Londres) par la méthode dite de Rothe. Cette méthode, comme on le sait, consiste dans l'administration combinée de l'acide phénique, de la teinture d'iode, de la digitale et de l'aconit, les deux premiers constituant la base essentielle de la médication, les deux derniers médicaments n'étant là que comme adjuvants. Le Dr Rothe prétend que par cette méthode on amène dans l'espace de deux à sept jours l'abaissement de la température et la sédation du pouls. Dans les trois cas traités au *London Hospital* la température qui était passablement élevée (103° et 104° Fahr) fut, sous l'effet du traitement dont nous parlons, rapidement réduite, d'abord à 102° et 101°, puis au chiffre normal ou elle fut maintenue par l'administration répétée de la potion antizymotique. Le pouls éprouva des variations analogues. Chaque fois la convalescence fut rapide.

Le Dr Sansom qui avait ces trois cas sous ses soins prescrivit la formule suivante :

℞	Acidi carbolici	gr. ii
	Tr iodi	♏x ii
	Spt. vini rectif	ʒss
	Aq. Cinnamon, ad	℥i

A prendre toutes les trois heures.

Dans le premier cas, à chaque dose de cette mixture on ajoutait deux minimes de teinture de digitale et une minime de teinture d'aconit, cette seconde dose était administrée en outre toutes les heures.

Le Dr Sansom fait à ce sujet les remarques suivantes:

Depuis plus de seize ans, j'ai, dans le traitement des maladies zymotiques, eu recours à l'administration d'un agent antiseptique, employant ordinairement le sulfite et le sulfocarbolate de soude. Dans le traitement de la diphthérie et de la scarlatine, j'ai obtenu ainsi des résultats très favorables. Dans la fièvre typhoïde, j'ai hésité à employer ces derniers remèdes dans la crainte qu'il ne se formât un sulfate de soude qui eut vraisemblablement augmenté la tendance à la diarrhée. Le traitement allemand par les bains froids m'a aussi donné de bons effets, mais comme les cas de fièvre typhoïde qui nous viennent à l'hôpital se montrent ordinairement chez des sujets faibles, mal nourris et déjà malades depuis un certain nombre de jours, le traitement par les bains froids seuls ne nous a pas permis d'enregistrer des succès aussi marqués que ceux proclamés par les Allemands. La méthode de Rothe est basée sur les propriétés antiseptiques de l'acide carbolique et de l'iode. Rothe prétend que la combustion de ces deux médicaments augmente leurs propriétés germicides.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIGUE CHIRURGICALES.

Traitement des taches pigmentaires de la peau. —*Les Annales de dermatologie* donnent, d'après le *Berliner Klinische Wochenschrift*, un procédé employé par Unna pour traiter les taches pigmentaires de la peau.

Le borax et le sublimé sont les médicaments le plus ordinairement employés pour faire disparaître les taches pigmentaires; le premier a une action lente et faible (il occasionne rarement de l'eczéma), le second agit plus énergiquement et plus rapidement.

Si l'on désire amener une disparition aussi rapide que possible, il faut avoir recours au mercure, non sous la forme prescrite par Hebra, laquelle n'est pas sans inconvénients, mais au collodion au sublimé (de 1/2 à %). On évitera ainsi le danger de provoquer de la rougeur, de la desquamation, parfois même une éruption bulleuse. Avec ces traitements énergiques, on a

l'inconvénient de ne pouvoir en mesurer exactement l'effet; il est préférable d'avoir recours à la pommade au bismuth et au mercure proposée par Hebra. La mousseline enduite de pommade permet d'atteindre le résultat plus sûrement et plus rapidement qu'avec les pommades et les solutions faibles; si elle n'agit pas aussi promptement que les compresses de sublimé et de collodion au sublimé, elle est d'un emploi plus facile. On coupe de petits morceaux de mousseline enduite de pommade au précipité blanc ou de pommade mercurielle, à peu près de la dimension des groupes d'éphélides ou des taches de chloasma, et, après avoir enlevé la matière grasse qui recouvre la peau avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool, on les applique sur les parties malades. On fait ce pansement avant que le malade ne se mette au lit, sans bandages ni collodion, on l'enlève le matin par le lavage. L'auteur n'a pas jusqu'à présent fait préparer une mousseline avec de la pommade au bismuth et au mercure; il se borne à prescrire pendant le jour une pommade au bismuth qui a l'avantage de dissimuler, comme un fard, les taches brunes. Voici la formule de cette pommade:

Oxyde de bismuth	ʒi ℈i
Kaolin	
Vaseline.....	ʒv à x

On frictionne avec cette pommade, le matin après la toilette, les taches de pigment. Il est préférable de n'appliquer la pommade avec un pinceau que sur les taches pigmentaires, de laisser sécher et de n'enlever que plus tard. Pour cela elle doit avoir la consistance d'une couleur à l'huile. L'auteur emploie la formule suivante:

Oxyde de bismuth	ʒ ss
Amidon de riz.....	
Kaolin.....	ʒ iss
Onguent de glycérine	ʒ ii
Eau de rose.....	qq. gouttes.

En alternant les préparations de mercure et de bismuth, les taches pigmentaires disparaissent rapidement, sans rougeur ni desquamation, si le pigment n'est pas tellement enfoncé dans le derme que nos remèdes ne peuvent en général pas l'attteindre sans détruire le corps papillaire (certains chloasmas chroniques). Voici maintenant la formule proposée par Hébra:

Magister de bismuth.....	℈ ii
Précipité blanc	
Axonge.....	℥ i, ʒ i v ss

On l'étend sur des morceaux de toile et on l'applique au moins pendant la nuit sur la partie pigmentée ; Kaposi y ajoute les pommades suivantes employées de la même manière :

Acide salicylique .... ʒ ss
Onguent émollient..... ℥ i ʒ ii

Ou :

Acide borique..... ..... } ʒ i ℈ i
Cire blanche..... ....}
Paraffine..... ... ʒ ii ss
Huile d'amandes..... ..... ʒ v ii ss

—

Manuel opératoire de l'ovariotomie.—Que le Canada ne puisse fournir sur l'opération de l'ovariotomie des statisques aussi éclatantes que celles de Péan, Spencer-Wells, Kœberlé et autres, personne ne songe à le nier. Non pas que nos chirurgiens ignorent les travaux des maîtres ; leurs écrits sont familiers à tous et la plupart ont pu étudier de visu le manuel opératoire des auteurs ; non pas que le climat du pays, notre système hospitalier ou la constitution des malades soient moins favorables au succès de l'opération, bien au contraire, nous croyons avoir l'avantage sous ce rapport, mais probablement par la raison que le chiffre de la population *ne permet pas* à nos chirurgiens de faire un choix de sujets aussi judicieux et que la nouveauté et la gravité de l'opération empêchent un nombre considérable de cas favorables d'en encourir les risques.

On est souvent disposé à attribuer au défaut d'appareils et d'instruments et à la nature de l'entourage les échecs que l'on subit. Pourtant jusqu'ici l'opération de l'ovariotomie s'est entourée, quoiqu'à un moindre dégré qu'en France, d'un arsenal d'instruments et d'appareils formidables et inabordables au praticien éloigné des centres. Mais comme le dit avec justesse le Dr Bouilly, dans la *Gazette Médicale* de Paris :

"Dans les premiers temps où se pratique une nouvelle opération d'une certaine importance, l'incertitude de la technique opératoire, la crainte d'accidents imprévus, la gravité des dangers immédiats et consécutifs, la confiance donnée par le partage de la responsabilité, entraînent la majorité des chirurgiens à s'entourer d'un luxe inutile et dispendieux d'assistants et à compliquer l'instrumentation. Plus tard, l'éducation se fait, la confiance naît et se gagne de proche et peu à peu les opérations les plus compliquées au début se simplifient de plus en plus, sinon dans leurs actes essentiels, au moins dans leurs détails accessoires et surtout dans le déploiement des forces.

extérieures figuré par le nombre des aides et l'entassement des instruments. La perfection est atteinte quant une opération importante et difficile est exécutée avec le *minimum* d'aides et d'instruments *utiles* ; l'éducation est parfaite quand elle a su restreindre l'assistance et l'instrumentation *au juste nécessaire.*"

Nous ne nous sommes pas encore payé le luxe de la table-lit qui pèse près de 100 livres et coûte 120 piastres ni de l'appareil pour l'aspiration des liquides du kyste, mais nos chirurgiens étalent avec complaisance un assortiment de pinces à griffes, trocarts, bistouris, ligatures à donner le vertige aux adeptes et à désespérer le chirurgien qui n'a pas à sa disposition l'arsenal d'un hôpital. Cependant tout n'est pas essentiel, du moins, ainsi le pense Kœberlé. Voici comment procède le grand ovariotomiste allemand, d'après le Dr Bouilly dans la *Gazette Médicale* de Paris, 8 janvier 1882 :

"Point de table d'opération ni de lit spécial : la malade est couchée dans sa chambre, sur un lit ordinaire, de moyenne largeur, qu'elle occupait avant l'opération et qu'elle occupera jusqu'à la fin de son traitement. Ce lit est roulé au milieu de la pièce, de manière qu'on puisse librement circuler autour de lui dans tous les sens, les pieds tournés vers une fenêtre pour que le jour tombe en plein sur l'abdomen.

La malade a le tronc et la tête légèrement soulevés par des oreillers, les membres inférieurs dans l'extension complète.

Un grand morceau de toile caoutchouquée, échancrée par en haut, recouvre la partie inférieure du ventre, les cuisses et les jambes de la malade ; cette toile imperméable, enveloppée de linge, suffit à maintenir sur la partie inférieure de l'opérée une température assez élevée pour qu'on n'ait pas à craindre le refroidissement.

Une seconde toile de même substance est placée sous la malade et s'étend depuis la partie inférieure du tronc jusqu'au dessous des jambes. L'opération est terminée, ces deux larges morceaux de caoutchouc sont enlevés, et la malade se retrouve sans secousses, sans transport, dans son lit propre et chaud qu'elle n'a pas eu l'angoisse de quitter pour être portée sur le petit lit d'opération où les jambes doivent être attachées dans les gouttières et où les bras doivent être maintenus par un ou deux aides si l'on ne veut pas qu'ils débordent le plan étroit de la couche et tombent en dehors pendant le sommeil.

M. Kœberle se place debout à la droite de son opérée ; un aide, à la tête du lit, donne le chloroforme et ne s'occupe absolument que de l'anesthésie ; un deuxième aide, placé en face de l'opérateur, à gauche de la malade, le plus important et

presque le seul important, suit tous les temps de l'opération, tend la peau au moment de l'incision de la paroi, essuie la région à mesure de l'écoulement du sang ou du liquide du kyste, surveille et empêche l'issue des intestins, soulève le paroi abdominale ou la déprime, tire sur les pinces à kyste pendant l'évacuation du liquide ou le détachement des adhérences, etc. Un troisième aide, placé à droite de l'opérateur, prend sur une petite table les rares instruments qui y sont préparés et les passe à mesure des besoins, pendant que la religieuse, femme très intelligente et rompue aux habitudes de M. Kœberlé dont elle a vu toutes les opérations, passe les serviettes, prépare les fils, renouvelle l'eau, etc.

A quelques pas en arrière, sur une table, deux cuvettes: l'une contenant de l'eau ordinaire fréquemment changée, l'autre de la solution phéniquée à 5 0|0. Avec une extrême fréquence, l'opérateur plonge ses mains successivement dans les deux cuvettes et les essuie avec un soin extrême avant de les remettre dans le ventre.

En résumé, un seul aide spécial, deux aides de chirurgie générale, pour ainsi dire, l'un préposé au chloroforme, l'autre aux instruments, une religieuse pour les détails accessoires, et c'est tout.

L'instrumentation n'est pas moins simple : M. Kœberlé n'emploie aucune des variétés nombreuses de trocarts spéciaux imaginés pour la ponction du kyste et ne se sert pas de l'aspiration, qui exige un appareil compliqué. Son trocart qu'il a, je crois, fabriqué lui-même, consiste en une volumineuse canule, à extrémité tranchante taillée en biseau, d'un diamètre intérieur d'un centimètre et demi environ, assez volumineux pour donner issue aux liquides les plus épais, et d'une longueur de 0,18 c. à 0,20 c., assez considérable pour aller ponctionner les poches secondaires les plus reculées; tube grossier en apparence, mais d'un maniement facile et avec lequel le temps de la ponction est singulièrement simplifié Des bassins creux de petite dimension tenus au-dessous de la canule reçoivent le liquide et sont remplacés à mesure qu'ils sont remplis.

Une fois mise en place, la canule-trocart y est laissée jusqu'à ce que l'évacuation successive des diverses poches ait amené une réduction suffisante de la masse: c'est-à-dire que pour vider les poches multiples d'un kyste, M. Kœberlé ne ponctionne pas en divers points de la périphérie de la tumeur. Avec la main gauche introduite dans l'abdomen à la face postérieure de la masse, il soutient celle-ci et la repousse en avant, tâte et apprécie le volume et la consistance des différentes loges, pendant que d'un coup sec la main droite enfonce

successivement la pointe de la canule en divers points et vide deux, trois ou quatre poches, jusqu'à réduction suffisante.

Pendant ce temps et à mesure que la tumeur s'affaise, un aide la saisit à la partie supérieure de plus en plus loin et l'attire à l'extérieur avec des pinces érignes à une seule griffe et ne faisant ainsi qu'un seul trou.

Cette habile manière de faire ne donne lieu, pour ainsi dire, qu'à une seule ouverture communiquant avec l'extérieur et pouvant déverser le liquide kystique dans le péritoine, puique les autres poches, après l'ablation de la canule, ne peuvent se vider que dans la poche principale primitivement évacuée et n'ont pas de trajet direct avec l'extérieur.

Aussi une seule pince ou deux au plus suffisent-elles pour oblitérer l'orifice principal, le seul dont on ait à se préoccuper, et ainsi se trouve supprimée la nécessité des pinces nombreuses à kystes, à mors plats et dentelés, fenêtrés ou non, des pinces en T, toutes destinées à oblitérer les déchirures accidentelles de la paroi kystique et les orifices des ponctions multiples.

Aussi aurons-nous terminé l'inventaire des instruments quand nous aurons dit qu'il ne comprend, outre la canule-trocart ci-dessus mentionnée, que des pinces à forci-pressure, 5 à 6 pinces érignes à une seule branche, une longue et forte aiguille droite à large chas pour la suture superficielle.

M. Kœberlé n'emploie jamais d'éponges ni pour essuyer les parois abdominales, ni pour faire la toilette du péritoine; le tout se fait avec des serviettes ordinaires qui absorbent très bien les liquides et servent à essuyer en même temps qu'à éloigner. Deux piles de serviettes sont à portée de l'opérateur ou celles-ci lui sont directement passées; car, dans une opération même simple, il n'en est pas employé moins de 50 à 60.

Ce détail, minime en apparence, supprime d'abord un aide nécessaire pour le lavage des éponges, exclut la possibilité de l'oubli de l'une de celle-ci dans l'abdomen, et enfin permet de compter sur des pièces parfaitement propres.

Tel est dans *toute sa* scientifique simplicité le manuel opératoire de Kœberlé. Il y a loin de cela à ce qui se pratique dans nos hôpitaux. Cependant ce procédé tout nouveau qu'il soit pour nous me rappelle presqu'un souvenir : j'assistais il y a bientôt un an un de nos plus habiles chirurgiens de campagne le Dr Marsil de St-Eustache et l'opération *faite à la Kœberlé* fut couronnée d'un plein succès.

Dans un pays comme le nôtre ou les fabricants d'instruments sont rares et conséquemment exigeants, le fait de sim-

plifier l'instrumentation délie bien des mains habiles captivées par une bourse vide. Il arrive bien souvent comme le dit Lafontaine : " Qu'une maille rongée emporte tout l'ouvrage."

A. L.

Résection sous-périostée.—M. Olivier a communiqué un fait relatif à une résection du coude, faite par lui en 1873, et dont il a pu examiner la pièce récemment. Ce chirurgien a fait 69 résections sous-périostées, soit pour des tumeurs blanches, soit pour des lésions inflammatoires consécutives aux traumatismes, soit même pour de simples ankyloses. Dans tous les cas, il a obtenu un bon résultat, c'est-à-dire le retour des mouvements et l'usage fonctionnel du membre. Dans la pièce en question on peut voir ce que M. Olivier avait annoncé, c'est-à-dire la reproduction à peu près complète de l'articulation même avec son appareil ligamenteux. Le malade à qui avait appartenu cette articulation et qui avait légué son coude à M. Olivier, pouvait soulever un poids de 11 kilogrammes à bras tendu. La méthode paraît donc à tous les points de vue bien supérieure à toutes les autres.—*Journal de Médecine.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'application du forceps dans la présentation des fesses.—M. le professeur Chantreuil qui a succédé à Pajot, donne a ses élèves la clinique suivante que nous trouvons dans le *Siècle Médical :*

Il est des cas où le forceps peut échouer ; ce sont ceux où le fœtus est d'un volume excessif et où, les contractions utérines ayant cessé, on est obligé de faire des tractions très énergiques. Alors le forceps glisse, c'est ce qui m'est récemment arrivé, dans un cas que je vais vous rapporter.

" Je fus mandé, il y a quinze jours environ, chex une vieille sage-femme du bureau de bienfaisance. par un de nos confrères qui ne voulait pas prendre à lui seul la responsabilité d'un accouchement qu'il jugeait, avec raison, devoir être très difficile, bien qu'aucun vice de conformation ne fût à craindre, la femme ayant accouché une première fois d'une façon très heureuse.

" Le travail était commencé depuis quatre jours, le fœtus

avait succombé depuis deux jours au moins, et il n'y avait plus, depuis vingt-quatre heures, aucune contraction utérine. Le pouls était très fréquent, la peau chaude; l'utérus, fortement distendu par des gaz, offrait à la percussion une sonorité tympanique; la vulve et le périnée etaient fortement œdématiés. En pratiquant le toucher, je constatai d'abord une odeur infecte qui s'échappait des parties génitales. Dans l'excavation, je trouvai les fesses seules. J'appliquai le forceps, ce qui ne présenta aucune difficulté, ni pour l'introduction des branches, ni pour leur articulation, mais, lorsque je voulus faire descendre le fœtus, je sentis une grande résistance et le forceps glissa. Il ne me restait plus dès lors qu'à recourir au céphalotribe. Cet instrument, fortement serré, tint bien prise et je pus, sans beaucoup de peine, amener le siège au dehors. Ensuite, j'éprouvai une difficulté considérable et je m'aperçus que l'abdomen du fœtus était extrêmement volumineux, tout le tissu cellulaire étant infiltré de gaz. Il en était de même pour le tronc, de sorte que nous dûmes, mon confrère et moi, exercer des tractions très énergiques pour extraire le fœtus jusqu'au cou. Le dégagement des bras et de la tête ne fut pas trop laborieux. Nous pûmes extraire l'enfant entier sans qu'il se fût séparé en tronçons, comme cela arrive souvent dans ces cas. La délivrance n'offrit rien de particulier. Nous prescrivîmes à la malade des injections phéniquées, mais elle était si mal soignée chez la sage-femme, où l'eau même manquait pour se laver les mains, qu'elle dût se faire transporter à l'hôpital. D'après les renseignements que j'ai obtenus, elle a succombé à des accidents septicémiques.

Cette observation vous montre dans quelles conditions le forceps, appliqué sur les fesses, peut échouer. Elle met également en lumière un autre point de l'histoire de la présentation pelvienne dont je ne vous ai pas encore parlé, je veux dire la coïncidence de la putréfaction du fœtus avec cette présentation. Cette coïncidence, en effet, n'est pas purement fortuite. Le fœtus étant mort et les membranes rompues, si c'est le sommet qui se présente, la putréfaction est rare, d'abord parce que, d'ordinaire, l'accouchement se termine en peu d'heures, ensuite parce que la tête obture exactement l'orifice uterin et empêche l'air de s'introduire dans l'œuf; aussi, lors même que le fœtus séjourne longtemps dans la matrice, ce n'est généralement pas la putréfaction qu'il subit. c'est la momification. Dans la présentation pelvienne au contraire,— et il en est de même dans la présentation de l'épaule,— le travail dure longtemps, et la partie fœtale, dont la forme est irréguliére, s'applique mal sur les bords de l'orifice utérin, et laisse l'air pénétrer. De là

résulte la putréfaction avec toutes ses conséquences: emphysème qui augmente le volume du fœtus de manière à en rendre l'extraction parfois très difficile, accumulation dans l'utérus de gaz qui le distendent au point d'en paralyser les contractions et de faire absolument cesser le travail; enfin production de matiéres septiques qui sont souvent pour la mère le point de départ d'accidents mortels."

Traitement de l'hémorrhagie post partum.—Le Dr John Bassett écrit dans le *British Medical Journal* que son habitude est de soumettre les femmes exposée aux hémorrhagies post partum, à un traitement préventif pendant un mois ou deux avant l'accouchement. Son traitement consiste à combiner le fer à des alcalins quand la femme est faible et digère difficilement les substances grasses et à des acides quand elle est forte et pleine d'embonpoint.

Avant l'introduction du traitement de Barnes par le chlorure de fer en injection, nous n'avions pas autre chose que la compression, le froid et l'ergot. Le Dr Bassett a constaté dans bien des cas que la compression de l'aorte était le moyen le plus prompt d'arrêter l'hémorrhagie, et que le frictionnement de l'utérus amenait un état de spasme qui expulsant les caillots, entretenait l'hémorrhagie. Dans ces cas l'ergot et l'opium combinés, ou administrés alternativement ont toujours été accompagnés de succès. Dans d'autres cas le froid semblait produire une contraction régulière de l'utérus. En général l'hémorrhagie post partum a deux causes. D'abord certaines circonstances qui surviennent dans le cours de l'accouchement peuvent y donner lieu. Ensuite certaines conditions existant dans l'organisation de la mère sont reconnues souvent en être la cause; ces conditions peuvent consister dans une mauvaise alimentation, ou dans la retention d'effets produits amenant une altération dans les propriétés physiques et chimiques du sang, des troubles dans le système nerveux, et conséquemment manque de tonicite et de puissance dans les fibres musculaires de l'utérus. La première de ces causes doit être combattue par une surveillance attentive de la marche de l'accouchement, et la seconde, en mettant la femme dans un état parfait de santé, par un traitement préparatoire comme l'indique le Dr Bassett.

Ces deux notes sont traduites du *Quarterly Epitome of American Practical Medicine and Surgery.*

Ligature du cordon ombilical.—Le Dr Coghill dans son adresse sur la médecine obstétrique devant l'Association Médicale d'Angleterre, attire l'attention sur un point important concernant la ligature du cordon. Ribemont, avant lui, dans les *Archives de Tocologie* avait démontré la grande influence de la ligature ombilicale sur la respiration thoracique. Uoici les faits :

1° Une ligature tardive est avantageuse à l'enfant en augmentant la quantité du sang qui est nécessaire pour établir la troisième circulation, qui est la circulation pulmonaire du fœtus.

2° La ligature immédiate du cordon prive l'enfant d'une quantité de sang plus ou moins considérable, selon le temps attendu pour la ligature et cela d'une manière d'autant plus nuisible que la ligature a été faite avant que l'enfant ait respiré.

3° La ligature prompte du eordon soustrait de la circulation générale le sang nécessaire à établir la circulation pulmonaire. Le résultat est une diminution dans la tension artérielle équivalent à un tiers de la tension premiére.

4° La cause de la pénétration du sang dans le système circulatoire du poumon de l'enfant est l'*aspiration thoracique.* Cela est prouvé par la supériorité constante de la pression du sang dans les artères ombilicales, à celle de la veine ombiliale. D'ailleurs nous voyons la respiration thoracique produire des oscillations considérables dans la tension du sang artériel et veineux. Les contractions utérines sont insuffisantes à forcer le sang dans la veine ombilicale, quand les pulsations artérielles du cordon ont cessé.

5° L'aspiration thoracique oblige le sang à entrer dans le poumon en quantité suffisante et nécessaire ; suffisante, parce qu'alors la tension dans le système artériel ne fait pas défaut, nécessaire, parce que la tension artérielle dans le cordon n'augmente jamais quand la ligature est tardive.

Le Professeur Lusk, de N. Y. corroborant les vues de Ribemont, dit que chez les enfants pâles, anémiques et souffrant de syncope, la ligature tardive est un moyen sûr de rétablir l'équilibre dans la circulation fœtale.

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par le sirop de Mme. Winslow. —Le *Medical News* relate d'après le *Sanitary News* un cas d'empoisonnement par cette substance. L'enfant auquel une cuil-

lerée à thé de sirop a été administrée était agé de huit mois. Les symptômes de l'empoisonnement par la morphine furent très bien marqués. On sait que chaque once de ce sirop contient un grain de morphine. L'enfant a donc succombé aux effets toxiques de $\frac{1}{8}$ g. de morphine.

Nous nous joignons à notre confrère du *News* pour demander que la vente de ce sirop et de tous ses semblables soit prohibée comme dangereuse au premier chef.

H. E. D.

Empoisonnement par le Nitrate de potasse. — Le Dr Wolstenholme rapporte le cas suivant dans le *British Med. Journal* : Il fut appelé pour un homme qui se plaignait de douleurs intenses à l'estomac. Ces douleurs étaient constantes avec brûlures. Le patient dit avoir pris, le matin a 7.30 hrs, un once de sel d'Epson .Le sel n'avait pas le même goût que d'ordinaire, cependant n'avait pas de saveur acide. Aussitôt après l'ingestion du sel le patient éprouva une douleur intense dans l'estomac. Il se sentit malade mais ne vomit que quatre heures plus tard. Son pouls était à 50. plein et fort, la pupille normale, la langue moite avec un enduit blanchâtre au centre. Pas d'excoriation de la bouche ni aucun symptôme d'empoisonnement par un irritant. Un opiacé fut prescrit toutes les heures ainsi que des applications chaudes sur l'épigastre. Vers le soir le médecin fut appelé de nouveau et constata les mêmes symptômes. Le patient avoua alors qu'il pouvait avoir pris du Salpêtre pour du Sel d'Epsom, et en effet en allant aux recherches on prouva que tel était le cas. On administra alors un émétique ainsi qu'un lavement d'eau chaude et de plus $\frac{1}{4}$ gr de Morphine en pilules toutes les trois heures. Après que l'émétique et le lavement eurent produit leurs effets le patient se trouva soulagé et continua à se rétablir graduellement. *The Druggists Circ. and Chem. Gazette.*

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Epistaxis, nouveaux tamponnements.—Spender se loue beaucoup de l'emploi de l'instrument imaginé par Rose pour arrêter les épistaxis et qui consiste dans un petit ballon de caoutchouc souple ou de baudruche, adapté à l'extrémité

d'une sonde en gomme et que l'on insuffle après l'avoir introduit dans les fosses nasales.

De son côté, Reale accorde la préférence à de petits tampons d'ouate, saupoudrés d'acide tannique, et attachés en cerf volant avec des fils. On les enfonce successivement en suivant le plancher des fosses nasales, jusqu'à ce que la cavité soit parfaitement remplie.—*Revue Médicale*, 6 mai 1882.

—

Atropine dans les hémorrhagies viscérales.—Tacke ayant fait des injections hypodermiques de sulfate d'atropine à une femme pour un eczéma, remarqua que les menstrues, qui étaient très profuses, devinrent modérées et se maintinrent en cet état. Le même résultat fut observé cinq fois sur deux autres sujets, et, dans un cas, une hémorhagie pulmonaire céda immédiatement à l'injection. Il recommende l'atropine, qu'il trouve supérieure à l'ergotine, en raison de sa sureté et de sa rapidité d'action, de sa puissance (0,002 suffisent), et qui ne donne pas les accidents locaux qui suivent toujours les injections hypodermiques d'ergotine. (*New-York medical Journal*)

—

Traitement du tænia, (Meuffer).

Calomel	ʒi ℈j
Résine de scammonée	ʒi ℈j
Gomme gutte	ʒi ℈j
Confection d'hyacinthe	Q. S.

En trois bols, à un quart d'heure d'intervalle.

—

Traitement de l'hémoptysie, (Peter).

Eau distillée	℥vi ℥ii
Sirop de morphine	℥i
Ergotine Bonjean	ʒj ℈j
Teinture de digitale	ʒss

M. S. A.

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

—

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, AOUT 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

L'autopsie de Guiteau.

Malgré le rapport officiel du Dr Lamb, le cadavre de Guiteau est resté aussi impénétrable que l'état mental de l'assassin pendant le procès, que la blessure du Président pendant sa maladie.

Le rapport publié par le *Medical News* de Philadelphie ne permet guère, il est vrai, de douter de la responsabilité morale de l'assassin, mais les choses n'ont pas tardé à s'embrouiller. On a accusé le Dr Lamb d'avoir préparé et publié le rapport de l'autopsie, sans la participation ni l'autorisation des Drs Sowers et Hartigan officiellement chargés d'agir de concert avec lui, d'avoir vendu le dit rapport à une publication médicale de Philadelphie ; bien plus on a prétendu que le cerveau que le Dr Lamb a livré comme celui de Guiteau n'est pas celui de l'assassin, et que la teneur du rapport officiel de l'autopsie a été préparée avant l'exécution.

Dans une cause qui a passionné et intéressé tant de gens, on pouvait s'attendre à tout, d'autre part ; le Dr Lamb repousse avec indignation les accusations portées contre lui et prétend n'avoir agi ainsi, haut la main, que conformément à des ordres supérieurs dont il ne fait pas connaître les auteurs. Que tirer de tout cela ? " L'autopsie de Guiteau " dit le *Chicago Medical Review*, "a été faite sous de si étranges circonstances qu'on ne saurait avec justice blâmer sévèrement ceux qui l'ont pratiquée, pour les omissions et les imperfections de l'examen. Si on se rappelle qu'un des experts de la poursuite s'est approché de la table et a dit au Dr Lamb qu'il ne devait pas, sous aucune considération, pratiquer l'autopsie ; que ce même expert et le procureur de district ont manifesté l'empressement le plus invraisemblable pour soustraire le cadavre à l'examen et

pour couvrir de six pieds de terre les preuves de faux témoignage et de conspiration que l'autopsie aurait pu fournir ; que le médecin de la prison était dans l'antichambre aux prises avec les invités; que des mesures avaient été prises pour refuser accès aux témoins compétents, que les menaces se succédaient sans interruption aux oreilles du médecin en charge de l'autopsie ; que des affidés du procureur de district avaient été délégués sans aucune autorité et dans le seul but de troubler l'examen, il n'est pas étonnant que, l'esprit fatigué d'une dispute digne d'une salle d'auberge, le Dr Lamb ait oublié de peser les hémisphères cérébraux et de mesurer la partie occipitale du crâne. Le courage dont il a fait preuve en faisant l'autopsie malgré les menaces de Corkhill et de Macdonald, et l'impartialité de son rapport, malgré qu'il soit officier de l'armée, méritent assurément des éloges."

A la vue d'un aussi inextricable lacis de ficelles, il est encore permis aux gens un tant soit peu sceptiques de se demander : l'assassinat de Garfield est-il le fait d'un scélérat ou d'un fou ?

Thérapeutique vs. Matière médicale.

Notre confrère du *New-York Medical Record* a soulevé tout récemment une question qui, au premier abord, semblera peut-être à quelques-uns inutile ou hors de propos, mais qui, si on lui accorde toute l'attention qu'elle mérite, comporte une solution des plus importantes. Doit-on, se demande notre confrère, doit-on enseigner la matière médicale aux élèves en médecine ? En d'autres termes, le cours de matière médicale, qu'il faut bien se garder de confondre avec celui de thérapeutique, doit-il à la rigueur faire partie du programme de nos études.

La matière médicale telle qu'elle est actuellement enseignée dans la plupart de nos écoles de médecine n'est à proprement parler qu'un cours tout à fait secondaire, suivi par les élèves de première et deuxième année et dans lequel on se borne le plus souvent à traiter des propriétés physiques et des caractères botaniques des médicaments, *viz*, couleur, saveur, origine, mode de préparation, etc., insistant aussi peu que possible sur l'action physiologique et thérapeutique. En outre, on semble se plaire très souvent à y énumérer au long un grand nombre de formules officinales et magistrales, et l'on force les élèves à apprendre ces formules, comme si la thérapeutique pouvait se renfermer toute entière dans une ordonnance. En deux mots, l'on donne un cours de *pharmacologie*.

Cela peut être fort beau et fort intéressant au point de vue scientifique, mais l'on avouera que l'élève en médecine a, surtout de nos jours, fort peu besoin de pharmacologie. La description pharmaceutique de chaque remède peut, pour les besoins réels du praticien, se résumer en quelques lignes, et tout le reste de la leçon peut être consacré à en étudier les propriétés physiologiques, son action sur les divers systèmes de l'économie, ainsi que les usages auxquels il est employé. C'est ainsi, croyons-nous, que le cours sera de quelque profit aux élèves et que ceux-ci en retireront des connaissances véritablement pratiques. Ainsi, moins de botanique et de pharmacologie et plus de médecine et de thérapeutique.

Au reste, nous ne sommes pas le seul à penser de la sorte. La matière médicale, a dit l'éminent professeur Huxley, en tant que science des drogues et des médicaments est l'apanage du pharmacien. Il est bon, à la vérité, qu'un médecin sache que le castoreum est un produit animal, et que l'huile de ricin est extraite d'une plante, mais au point de vue pratique, la connaissance de ces faits n'est pas plus utile au praticien qu'il ne lui est important de savoir le mode de préparation de l'acier dont est fait le scalpel dont nous nous servons tous les jours. Que sert au médecin de savoir que l'*uva ursi* est la feuille de l'*arctostaphylos uva ursi*, plante originaire de l'Europe et de l'Asie ou encore que chaque morceau de rhubarbe du commerce est souvent muni d'une ouverture pratiquée dans le but d'y passer une corde afin de faciliter la dessiccation de la racine ?

Que l'on nous débarrasse donc une bonne fois de ces inutilités. Peu importe que les élèves puissent nous répondre *ad unguem* sur ces infimes questions de détail et qui ne regardent que *la cuisine* de l'art thérapeutique, pourvu qu'ils connaissent à fond l'action physiologique, les usages et les doses des remèdes que nous prescrivons habituellement.

Que l'on sépare si l'on veut le cours de matière médicale de celui de thérapeutique, ou, si la chose est impossible, que le professeur sache au moins insister sur ce qui est important et mettre de côté des détails secondaires que l'élève peut à peine apprendre tant ils sont multipliés, dont il ne se se souvient plus au bout de quelques semaines et qui par dessus tout ne lui sont d'aucune utilité.

Un mot d'Explication.

Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié un article intitulé : "FIAT LUX," publié dans notre livraison de mai dernier, et dans lequel nous commentions la teneur d'une correspondance échangée quelques jours auparavant entre M. le Dr F. W. Campbell, régistrateur du collège Bishop, et un M. P. E. de Lorimier, au sujet de certain examen que M. de Lorimier avait insinué, à tort ou à raison, avoir subi devant un *bureau privé* composé de professeurs du collège Bishop.

Afin de faire disparaître tout malentendu à ce propos, nous tenons à rappeler ici que dans cet article nous avons tout simplement résumé la correspondance en question et n'avons fait de nous-mêmes aucun avancé qui put être de nature à incriminer telle ou telle faculté de médecine en particulier. Bien au contraire, nous n'avons fait que rapporter les *on-dit* et les *ouï dire* qui circulaient alors dans le public au sujet de l'existence et de la composition du bureau privé dont on parlait tant, et nous avons pris le plus grand soin de dire que ne donnions ces *rumeurs* que pour ce qu'elles valaient.

Il se peut que ces rumeurs aient été fausses ou compromettantes pour quelques uns, mais c'est précisément par ce que nous en comprenions l'extrême gravité que nous avons cru de notre devoir d'attirer sur ce point l'attention de la profession médicale, mettant par là même ceux qui pouvaient y être concernés en mesure de faire connaître enfin la vérité s'ils le jugeaient à propos.

Ceux qui ont lu attentivement notre article, ont dû se convaincre que nous étions resté dans notre rôle de journaliste, nous contentant de rapporter les faits sans en faire aucune application.

Petite Correspondance.

Quel est, à votre avis, le meilleur traitement à employer dans les convulsions des enfants ? Dr..... S. B.

Voici celui que nous employons et qui nous est conseillé particulièrement par Jules Simon.

Il y a le traitement préventif et le traitement de l'attaque.

Lorsque l'on constate les symptomes avant-coureurs des convulsions tels que changement dans l'humeur de l'enfant, soubresauts nerveux, sommeil agité, on aura soin de ne pas exposer l'enfant à la fatigue, son

régime de vie sera pour ainsi dire anti-nerveux, fuir la chaleur, le bruit, est une précaution hygiénique indispensable. Puis on pourra donner le bromure de potassium afin de calmer la surexcitabilité nerveuse ; l'on prescrira un peu de magnésie, et de petits lavements.

Traitement de l'attaque.—Hâtez-vous d'administrer un lavement, donnez-le vous même, qu'il soit fort afin qu'il agisse promptement. Dès que l'attaque diminue, que la bouche s'entrouve légèrement, faites vomir votre petit malade, l'estomac étant le plus souvent cause des convulsions. Si l'attaque continue ayez recours au chloroforme. Les accès revenant malgré le traitement qui précède, préparez un bain auquel vous ajouterez de la graine de moutarde, et plongez y sans crainte l'enfant jusqu'à ce qu'il y ait apparance d'un retour à la vie, alors l'enfant sera enveloppé chaudement après avoir été frictionné.

Tant que l'enfant n'aura pas uriné suffisamment, vous lui donnerez la potion suivante :

Eau de tilleul	100	parties
Brom. pot	1	—
Sirop de codéine	5	—
Sirop de fleurs d'oranges	30	—

L'attaque étant passée, les urines abondantes, un petit vésicatoire à la nuque sera appliqué pendant deux heures, puis remplacé par un cataplasme de fécule, la médication substitutive est si puissante chez l'enfant surtout, que cette irritation à la peau contribue pour beaucoup à rétablir la tranquilité dans le cerveau agité de l'enfant.

Bibliographie.

Nous accusons réception de la seconde édition de *A practical treatise on Hernia* by Joseph H. Warren, M.D., publié par la librairie J. R. Osgood & Co, Boston. La presse médicale a accueilli cet ouvrage avec tant de faveur et a prodigué tant d'éloges à son auteur que pour éviter des redites inutiles, il ne nous reste qu'à souscrire au verdict unanime d'approbation rendu par la profession.

Tous les médecins connaissent la grande fréquence des hernies, tous les chirurgiens connaissent les nombreuses variétés de cette affection et les innombrables traitements tant palliatifs que curatifs qu'on lui a appliqués depuis des siècles. Aussi tous les traités de chirurgie consacrent-ils de longues pages au chapitre des hernies. Cependant, chose curieuse, rien d'aussi rare dans la littérature médicale que les traités spéciaux sur la hernie et c'est une des raisons pour lesquelles celui du Dr Warren a été accueilli si favorablement. On a fait remarquer que l'ouvrage ne contenait que peu d'idées originales. Si c'est

à titre de reproche, nous croyons la remarque, pour le moins, inopportune.

Le chapitre consacré à la méthode de l'auteur, ou de l'irritation tendineuse par les injections astringentes, imprime à l'ouvrage un cachet assez neuf, pour le placer dans une catégorie plus élevée que celle des compendiums. Les faits cliniques sur lesquels s'appuie cette méthode sont déjà assez nombreux pour lui mériter la plus grande attention des chirurgiens et pour nous permettre d'augurer favorablement de son avenir.

Faisant abstraction de la méthode de Warren, l'ouvrage se résume à un compendium, mais à ce titre il a le mérite d'être unique en son genre et de rencontrer un des plus grands besoins du praticien et de l'étudiant en médecine. La lucidité et la concision des descriptions, le nombre et la qualité des gravures qui enrichissent l'ouvrage suffisent à en faire la fortune. Le traitement de la hernie appartient à la classe des opérations d'urgence et à ce titre doit être mis à la portée de tous les praticiens, or combien d'entre eux ont le temps d'étudier la littérature médicale de ce sujet, éparse dans de volumineux traités de chirurgie et dans les journaux. Il nous fallait un livre comme celui du Dr Warren pour nous donner une bonne idée d'ensemble et pour diriger les travaux du spécialiste.

La méthode de Heaton et de Warren n'a pas encore remplacé les procédés classiques, tant s'en faut, la faveur éphémère de tant de procédés antérieurs donne au chirurgien le droit d'être sceptique jusqu'à démonstration clinique indiscutable, mais encore ne doit-on pas négliger d'accepter favorablement les améliorations, les idées nouvelles appuyées sur des faits scientifiques.

L'espace ne nous permet pas de décrire ici la méthode en question. Nous réferrons ceux qui ne la connaissent pas encore à notre livraison de mars 1882.

Nous engageons nos confrères et les étudiants à se procurer le *Treatise on Hernia* persuadés d'avance qu'ils y trouveront leur profit.

Brochures reçues.

Second Annual report of the astronomer in charge of the horological et thermetric bureaus in the observatory of Yale College 1881–82, presented to the Director of the observatory by LEONARD WALDS.

Annual announcement of Trinity Medieal, School, Session 1882-83.

Report on Ophthalmology by J. J. CHISOLM, M. D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Thèses de doctorat soutenues—Faculté de médecine de Paris—pendant l'année scolaire 1881-82.—265. M. Beaumont. Recherchessur les lésions qui prédisposent à la rupture spontané du cœur.—266 M. Levassort. Le rhumatisme chronique en Normandie.—267. M. Giraud. De l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et des questions médico-légales qui s' rattachent.—298. M. Lavin. Diagnostic des rétrécissements de l'urèthre.—269. M. Stroici. Des fractures spontanées chez les ataxiques.—270. M. Garès. Traitement des tumeurs épithéliales par le caustique arsénical.—271. M. Guillet. Histoire de l'hôpital Notre-Dame de Pitié de Paris.—272. Darêne. Etude sur la transfusion du sang à la suite des hémorrhagies intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde.—273. M. Vandenabeelle. Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide du siphon. Influence de la pression du liquide sur les rétrécissements de l'urèthre —274. M. Pelaprat. Des hémorhagies puerpérales secondaires.—275. M. Gauchas. Etude sur la stéatose hépatique considérée au point de vue chirurgical.—276. M. Maison. Traitements des ulcérations en général.—277. M. Pesme. De la cautérisation actuelle dans les hémorrhagies artérielles.—278. M. Descourtis. Du fonctionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies.—279. Mlle Bourchier. De la conservation des vibrations thoraciques dans la pleurésie.—280. M. Gidon. Etude sur les atrophies du genou considérées surtout au point de vue du traitement.—281. M. Gilles (Gaston). De l'hypertrophie des amygdales chez les syphilitiques.

La constatation de maladies contagieuses apportées par les émigrants aux Etats-Unis a été cause d'un mouvement hygiénique actif dans le but de prévenir le retour de semblables accidents. Ainsi un bill a été passé afin d'organiser une législation plus efficace à ce sujet. Communication de ce bill devra

être faite au gouvernement d'Ottawa, afin que la même surveillance soit faite ici.

Décision.—Le Conseil Privé du Canada vient de déclarer *constitutionnel* le bill adopté l'an dernier, par la Législature de Québec, concernant l'Université Laval.

M. C. Lamirande a été autorisé par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec de collecter la contribution annuelle des membres du dit collège.

Ce Monsieur tient son bureau au No. 55, Rue Saint-Jacques, Montréal.

Lactopeptine.—L'emploi de la lactopeptine a pris beaucoup d'extension si on en juge d'après de nombreux rapports cliniques; son efficacité dans le choléra infantile et les autres désordres intestinaux qui chaque année, pendant la saison chaude, exercent tant de ravages, en ferait un agent des plus précieux. Administrée conjointement avec le sousnitrate de Bismuth dans les cas de diarrhée pendant la dentition ou en dehors de cette époque, elle produit les résultat les plus satisfaisants.

VARIÉTÉS.

La Médaille de M. Pasteur. — A une séance de l'Académie des sciences à Paris tenue au commencement de juillet, une médaille fut présentée à Pasteur par J. B Dumas, le savant chimiste, le vieux professeur de la Sorbonne; cette médaille commémorative des féconds travaux de Pasteur fut accompagnée d'un discours de M. Dumas et d'une réponse de Pasteur que nous publions. C'est une belle page de l'histoire scientifique contemporaine.

DISCOURS DE M. DUMAS.

" Mon cher Pasteur,

" Il y a quarante ans, vous entriez comme élève dans cette maison. Dès vos débuts, vos maitres avaient prévu que vous en seriez l'honneur; mais nul n'eût oser prévoir quels services éclatants vous étiez destiné à rendre à la science, au pays, au monde.

" Vos premiers travaux faisaient disparaître pour toujours du domaine de la chimie les forces occultes en expliquant les anomalies de l'acide tartrique.

" Confirmant le caractère vital de la fermentation alcoolique, vous étendiez cette doctrine de la chimie française aux fermentations les plus diverses, et vous donniez à la fabrication du vinaigre des règles que l'industrie applique avec reconnaissance aujourd'hui.

" Dans ces infiniment petits de la vie, vous découvriez un troisième règne, celui auquel appartiennent ces êtres qui, avec toutes les prérogatives de la vie animale, n'ont pas besoin d'air pour vivre et trouvent la chaleur qui leur est nécessaire dans la décomposition chimique qu'ils provoquent autour d'eux.

" L'étude approfondie des ferments vous donnait la complète explications des altérations que subissent les substances organiques : le vin, la bière, les fruits, les matières animales de toutes espèces ; vous expliquiez le rôle préservatif de la chaleur appliquée à leur conservation, et vous appreniez à en régler les effets d'après la température nécessaire pour déterminer la mort de ces ferments.

" Les ferments morts n'engendrent plus de ferments.

" C'est ainsi que vous étiez conduit à maintenir dans toute l'étendue des règnes organisés, le principe fondamental qui fait dériver la vie de la vie qui repousse comme une supposition sans utilité et sans bases la doctrine de la génération spontanée.

" C'est ainsi que, montrant l'air comme le véhicule des germes de la plupart des ferments, vous appreniez à conserver sans altérations les matières les plus putrescibles en les préservant de tout rapport avec l'air impur.

" Appliquant cette pensée aux altérations si souvent mortelles que les blessures et les plaies éprouvent lorsque les malades habitent un lieu contaminé, vous appreniez à les garantir de ce danger en entourant leurs membres d'air filtré, et vos préceptes, adoptés par la pratique chirurgicale, lui assurent tous les jours des succès qu'elle ignorait et donnent à ses opérations une hardiesse dont nos prédécesseurs n'ont pas eu le pressentiment.

" La vaccination était une bienfaisante pratique. Vous en avez découvert la théorie et élargi les applications. Vous avez appris comment d'un virus on fait un vaccin ; comment un poison mortel devient un préservatif innocent. Vos recherches sur la maladie charbonneuse et les conséquences pratiques qui en découlent ont rendu à l'agriculture un service dont l'Europe

sent tout le prix. Mais, ce résultat acquis, tout éclatant qu'il soit, n'est rien à côté des applications qu'on peut attendre de la doctrine à laquelle il est dû. Vous aviez fourni à la doctrine du virus une base certaine en la rattachant à la théorie des ferments ; vous avez ouvert à la médecine une ère nouvelle en prouvant que tout virus peut avoir son vaccin.

" Au milieu de ces admirables conquêtes de la science pure, de la philosophie naturelle et de la pratique, nous pourrions oublier qu'il est une contrée où votre nom est prononcé avec un respect particulier : c'est le pays si fortuné jadis ou s'élève le ver à soie. Un mal, qui avait répandu la terreur dans toutes les familles de nos montagnes méridionales, avait fait disparaître les belles races qu'elles avaient créées à forces de soins et de sages sélections. La ruine était complète. Aujourd'hui, grâce à vos procédés de grainage scientifique, les éleveurs ont retrouvé leur sécurité, et le pays voit renaître une des sources de sa richesse.

" Mon cher Pasteur. votre vie n'a connu que des succès. La méthode scientifique, dont vous faites un emploi si sûr, vous doit ses plus beaux triomphes. L'École normale est fière de vous compter au nombre de ses élèves ; l'Académie des sciences s'énorgueillit de vos travaux ; la France vous range parmi ses gloires.

" Au moment où, de toutes parts, les témoignages de la reconnaissance publique s'élèvent vers vous, l'hommage que nous venons vous offrir, au nom de vos admirateurs et de vos amis, pourra vous sembler digne d'une attention particulière. Il émane d'un sentiment spontané et universel, et il conserve pour la postérité l'image fidèle de vos traits.

" Puissiez-vous, mon cher Pasteur, jouir longtemps de votre gloire et contempler les fruits toujours plus nombreux et plus riches de vos travaux. La science, l'agriculture, l'industrie, l'humanité vous conserveront une gratitude éternelle, et votre nom vivra dans les annales parmi les plus illustres et les plus vénérés."

Réponse de M. Pasteur.

" Mon cher Maitre, il y a quarante ans, en effet, que j'ai le le bonheur de vous connaître et que m'avez appris à aimer la science et la gloire.

" J'arrivais de la province. De chacune de vos leçons de la Sorbonne, je sortais transporté et souvent ému jusqu'aux larmes, et, dès ce moment, votre talent de professeur, vos immortels travaux, votre noble caractère m'ont inspiré une admiration qui n'a fait que grandir avec la maturité de mon esprit.

" Vous avez dû deviner mes sentiments, mon cher Maître, car il n'est pas, je crois, une seule circonstance importante de ma vie ou de celle de ma famille, circonstance heureuse ou pénible, qui vous ait trouvé absent, et que vous n'ayez en quelque sorte bénie.

" Voilà qu'aujourd'hui encore, vous êtes au premier rang dans l'expression de ces témoignages, bien excessifs suivant moi, de la reconnaissance de mes amis et de mes maîtres.

" Et ce que uous avez fait pour moi, vous l'avez fait pour tous vos élèves. C'est là ce qui vous distinguera entre tous. Derrière les individus, vous voyez toujours la France et sa grandeur.

" Comment vais-je faire désormais, en ce qui me concerne ? Les grands éloges enflamment mon ardeur et ne m'inspirent que l'idée de m'en rendre digne par de nouveauz efforts. Ceux que vous venez de m'adresser, cher Maître, avec tant d'indulgente bienveillance, seront au-dessus de mon courage."

Un médecin de New-York étant allé passer quelques jours de vacance *extra muros*, en expédition do pêche, a recommandé à son domestique d'avertir les clients que " le Docteur avait été appelé en consultation à la campagne pour un cas d'*icthyose*." Et les clients de s'émerveiller !

NAISSANCES.

A Savage's Mills, le 18 juin, la dame M. le Dr P. E. Marier, un fils.

Au Village Saint-Jean-Baptiste, le 10 juillet, l'épouse du Dr Vilbon, un fils.

A l'ancienne Lorette, lo 13 juillet, dernier, la dame Dr Victor de Lotbinière Larin, un fils.

—A Boxton Falls, le 29 juillet, l'épouse du Dr A. Brodeur, deux filles.

DÉCÈS.

A Savage's Mills, le 6 juillet, Paul, Eloi, Emile, enfant de M. le Dr P. E. Marier.

En cette ville, lundi le 24 juillet, à l'âge de deux mois et demi, Maria, enfant du docteur Rodolphe Tranchemontagne.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des injections trachéales,

par J. I. Desroches, M.D., Montréal.

Le mode d'administration est une question pleine d'intérêt qui requiert une sérieuse attention. Chaque médicament exige une étude approfondie de ses effets pour en appliquer les résultats et en juger les avantages. Il faut le suivre pas à pas depuis son entrée dans l'économie jusqu'à son élimination. Il faut admettre en principe que le médicament ne produit ses effets thérapeutiques ou toxiques que quand il est entraîné dans la circulation artérielle, à la faveur de laquelle il atteint les points de l'économie où il doit exercer son action élective et en particulier l'axe cérébro-spinal. Mais pour lui donner toute sa puissance d'action dans l'économie, il faut du discernement dans le mode d'introduction. Administré par la bouche ou par le rectum, le médicament, avant de pénétrer dans la circulation générale, passe dans le foie qui peut ou l'éliminer, ou le détruire, ou l'emmagasiner pour un certain temps, puis passe ensuite dans le système pulmonaire et de là dans le cœur gauche. Ainsi certains alcaloïdes sont détruits par le foie : la nicotine et l'hyoscyamine. Le curare introduit par la bouche jouit d'une inefficacité absolue (Cl. Bernard). D'autres substances sont éliminées, au moins en partie, par la bile. Enfin l'atropine, la duboisine se fixent dans le foie pour être après un certain temps éliminées par l'intestin ou être déversées dans l'économie et produire leurs effets thérapeutiques ou toxiques.

La muqueuse pulmonaire élimine les substances volatiles : l'oxygène, l'acide carbonique, l'éther, le chloroforme, l'alcool, les huiles essentielles et les essences de baumes, enfin les antimoniaux et l'ipéca. Sous la peau le remède est porté au cœur par le système veineux ou les lymphatiques. Par cette voie, il rencontre un obstacle, la muqueuse pulmonaire qui peut l'éliminer suivant qu'il est volatile. A ce propos, Ernest Besnier nous offre un fait clinique qui nous montre combien

les poumons sont éliminateurs. Il administre par la peau, pour provoquer le sommeil seulement, ʒiij à ʒiv de chloroforme, dose suffisante, en inhalation, pour produire l'anesthésie chirurgicale.

La thérapeutique hypodermique ajoute de l'activité et de la rapidité d'action au médicament. La grande partie de sa valeur est la facilité de son emploi et la rapidité de son efficacité ; trois minutes peuvent y suffire, aussi bien que pour y déterminer localement ses effets. Cette méthode d'introduction joue un rôle considérable dans la clinique thérapeutique. Depuis sa mise en scène elle a été l'objet d'études sérieuses et incessantes. La pratique répond à la théorie et exalte l'action thérapeutique des substances mises à l'épreuve. Dans les hémorrhagies soit puerpérales, soit d'autre nature, quand l'ergot échoue par la voie ordinaire, en injections hypodermiques il nous donne la plupart du temps de bons résultats. Nous pouvons en dire autant de l'éther dans le cas où il faut réveiller la torpeur chez un individu exsangue ou abattu. La thérapeutique hypodermique est donc un moyen puissant dans beaucoup de circonstances, et qui se recommande à notre estime et à notre attention.

Nous sommes donc amenés à conclure que plus nous nous approchons du point de départ de la circulation générale, pour l'introduction du médicament, plus nous avons d'efficacité dans sa puissance d'action.

La muqueuse pulmonaire absorbe beaucoup et rapidement. Le chloroforme, en inhalation, produit l'anesthésie chirurgicale dans l'espace de quelques minutes. Ségalas et Gohier ont réussi à faire absorber par la surface pulmonaire, chez un cheval, jusqu'à 32 litres d'eau injectés par la trachée. Par la voie pulmonaire, l'activité du médicament est plus considérable. Gr ⅓ d'extrait de noix vomique injecté dans la trachée d'un chien suffit pour causer la mort dans dix minutes, tandis que grs ij par la voie ordinaire ne produisent aucun accident toxique. Claude Bernard parlant de l'efficacité de cette méthode fait rapport de la grande activité et de la rapidité d'action des alcaloïdes de l'opium. Il ajoute que cette méthode doit être admise en médecine, et que la pratique réfute les objections soulevées par la théorie alléguant une cause de phlegmasie. Jousset proclamant par des faits cliniques les avantages de cette méthode, dit avoir administré le chlorhydrate de quinine dans plusieurs cas des plus graves de fièvre pernicieuse et avoir obtenu des effets prompts et des résultats presque merveilleux. Dans l'un et l'autre cas, au bout de huit minutes le malade éprouva des bourdonnements d'oreilles, puis après dix

minutes les sueurs cessèrent et enfin après 18 minutes l'amélioration s'accentua et le pouls, d'imperceptible qu'il était, est devenu plus fort. Continuant ensuite l'administration du médicament par la voie ordinaire, les malades échappèrent à une mort imminente. Devant des faits cliniques aussi frappants et relatés par des hommes aussi judicieux, nous devons présager beaucoup de bien des injections trachéales.

Voici comment on pratique ces injections : On place le malade comme pour la trachéotomie ; de la main gauche on fixe le larynx, puis de la main droite, sur la ligne médiane, à un travers de doigt au-dessous du cartilage cricoïde on enfonce le petit trocart de la seringue hypodermique. Il est facile de reconnaître la pénétration dans la trachée qui nous donne une sensation analogue à celle qu'on éprouve en traversant un papier épais avec une épingle. On verse goutte à goutte le liquide médicamenteux. Par ce procédé on ne provoque ni suffocation, ni toux, ni phlegmasie. Espérons qu'avant longtemps les injections trachéales auront droit de cité dans la thérapeutique. N'hésitons pas surtout en présence de cas graves d'impaludisme, à employer par la voie pulmonaire le chlorhydrate de quinine.

De l'emploi de la Nitro-glycérine dans le traitement de l'asystolie,

par D. MARSIL, M.D., St-Eustache, P. Q.

Il y a à peine quelques années, qui aurait osé croire que la Nitro glycérine serait devenue un remède précieux et élirait domicile dans le domaine de la thérapeutique ?

L'honneur de cette importante découverte revient incontestablement, je pense, au Dr W. E. Greene.

C'est en solution dans l'alcool que la Nitro-glycérine est employée. (Nitro-glycérine, 1 partie pour 100 parties d'alcool.)

Action physiologique.—C'est un stupéfiant du système vasomoteur qui donne lieu aux symptômes suivants : fluxion vers la face, battements violents aux tempes, pouls dicrote et précipité, nausées et même vomissements, céphalalgie violente ou seulement sensation de plénitude et de douleur à travers le front.

Les symptômes ne sont pas constants et ne sont généralement produits que par des doses quelque peu élevées. Cer-

tains malades peuvent prendre la nitro-glycérine sans éprouver ces symptômes désagréables.

Dose : Une à quinze gouttes, toutes les six ou huit heures, dans une cuillerée d'eau froide. Le Dr Greene dit qu'il n'a jamais administré ce remède à grande dose, à dose héroïque. Il ne donne jamais plus que une ou deux gouttes par dose.

Avec ces propriétés physiologiques, la nitro-glycérine devait trouver son application dans l'asystolie, que je ne considère pas, bien entendu, comme une entité morbide mais plutôt comme expression symptomatologique de nombreuses affections cardiaques. Quand la compensation n'existe plus dans la circulation ; que le cœur est impuissant à contrebalancer la pression des vaisseaux sanguins, que pour une raison ou pour une autre, la synergie est entravée dans cette grande fonction, alors se manifeste la diathèse cardiaque avec son sinistre cortège de symptômes : irrégularité, fréquence, diminution, faiblesse dans les battements du cœur, angine de poitrine, congestion pulmonaire, rénale, hépatique, cérébrale, hydropisie, etc., etc.

Cet ensemble de manifestations morbides a de tout temps vivement préoccupé l'attention des grands maîtres, et mis à l'épreuve les plus beaux talents qui ont illustré la science médicale. Les maladies du cœur sont trop nombreuses, trop hétérogènes dans leur pathogénie pour être traitées spécifiquement ou empiriquement, ce n'est qu'en les combattant scientifiquement qu'elle deviendront de plus en plus justiciables du traitement thérapeutique, moral et hygiénique.

Je laisse là cette digression qui m'entraînerait trop loin et je vais rapporter un cas qui démontrera l'action physiologique et l'importance thérapeutique de la nitro-glycérine dans les maladies du cœur.

M. B. âgé de 79 ans, a toujours joui d'une constitution délicate ; un régime on ne peut plus régulier en tout et partout lui a cependant permis d'atteindre une heureuse vieillesse, 79 ans pèsent lourdement sur l'existence ; son cœur à accusé des désordres et des signes de faiblesse qui présagent qu'il va céder à la tâche et cesser ses fonctions.

Appelé auprès de M. B, le 13 février dernier, il me raconte que depuis quelque temps, il a souffert de fortes douleurs aux extrémités inférieures qui sont déjà considérablement œdématiées ; qu'il a perdu l'appétit et le sommeil ; que sa respiration est gênée ; que depuis longtemps il n'a pu se coucher sur le côté gauche.

Il y a voussure accentuée à la région précordiale ; le champ

de la matité a pris des proportions alarmantes en s'étendant vers la huitième côte.

Quoique je l'auscultai attentivement je ne pus saisir les bruits anormaux ni à la pointe, ni à la base du cœur, non plus qu'à l'appendice xiphoïde et au bord droit du sternum au troisième espace intercostal. Le pouls radial très irrégulier et faible ne donnait plus que 45 à 48 pulsations à la minute.

L'analyse des urines ne fournit aucun indication particulière. L'hypertrophie est manifeste ; la compensation est profondément troublée ; la pression est trop grande dans les vaisseaux sanguins pour la force défaillante du cœur. Y a-t-il dégénérescence graisseuse ? A quoi bon chercher à résoudre cette question qui n'a de pratique que la déception ? Au reste, j'avoue candidement que je ne suis pas de ceux qui ont l'heureux privilège de débrouiller magistralement ces difficultés pathologiques, sur le *vivant* bien entendu.

J'administrai :

Teint : digitale.....	ʒv
Bitart : potasse.....	℥i
Eau.....	oj

Dose : Une cuillerée à bouche une heure et demie après chaque repas.

Ce traitement fut régulièrement suivi pendant près de trois semaines sans obtenir les résultats que j'en attendais. Vers le 3 avril, il survint des symptômes encore plus alarmants. L'hydropisie résistait opiniâtrement, les reins restaient réfractaires à l'action des diurétiques ; l'oppression augmentait toujours ; l'asphyxie s'annonçait menaçante par la pâleur du visage, la coloration bleue des lèvres, le refroidissement des extrémités ; l'hématose n'apportait plus au sang son agent vivifiant et était impuissante à le débarrasser de sa surcharge d'acide carbonique qui le contaminait fatalement. C'est alors que le pouls, très irrégulier, tomba à 32 pulsations à la minute. Devais-je rapporter cet état à la sédation produite par la digitale ? Je n'y songeai point. La digitale n'accomplit pas d'actes morbides d'un caractère aussi étrange. Le cœur allait cesser son action par faiblesse, par impuissance.

L'indication me parut tranchée et décisive ; il fallait tâcher de relever les forces de l'organe central de la circulation et de diminuer la trop grande pression dans les vaisseaux sanguins, de faire cesser enfin l'antagonisme entre ces organes. La nitro-glycérine devait me fournir ce précieux moyen puisqu'elle stupéfie le système vaso-moteur.

Je donnai :

Nitro-Glycérine (1 %)..... ..... xxiv gouttes.
Eau..... ℥iii

Dose: Une cuillerée à thé à 10 hrs a. m. et à 9 hrs p. m., dans un verre à vin d'eau froide.

Je débutais par une dose presque *timide* afin d'éviter les désordres que produit quelquefois ce médicament, tels que céphalalgie, nausée, vomissements, etc., etc.

Pendant trois ou quatre jours, il n'y eut aucune modification sensible dans l'état de mon malade. Je n'en continuai pas moins le traitement.

Vers le cinquième ou sixième jour de ce traitement, le pouls se releva un peu; je comptai 36 pulsations à la minute, avec un peu plus de régularité.

Environ huit jours plus tard, comptant sur le suétudisme et la tolérance parfaite du remède, j'augmentai la dose à deux gouttes toutes les huit heures. Le pouls radial donna bientôt 50 pulsations à la minute avec régularité presque parfaite. La respiration devint facile, la sécrétion urinaire abondante, le sommeil et la digestion parfaite; l'hydropisie céda rapidement à l'efficacité du traitement.

L'asystolie était vaincue, la compensation rétablie et le malade sauvé. Je continuai ce traitement jusqu'au 10 mai. La santé de M. B... s'est maintenue parfaite depuis.

St. Eustache, 8 août 1882.

Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux,

par A. A. Foucher, M.D., professeur d'Ophthalmologie à l'Université Laval (Montréal). (1)

Conjonctivite granuleuse.

Parmi les maladies des yeux que l'on rencontre le plus souvent, et qu'il importe de bien connaître, on peut citer, en première ligne, la conjonctivite granuleuse. Cette affection a son siége presque exclusivement sur la conjonctive palpébrale supérieure et détermine, à la longue, des complications cor-

(1) Voir nos livraisons de Juillet et Août.

néennes ou autres qui entraînent la perte de la vue ou qui compromettent les fonctions de l'œil d'une manière notable. Ces complications sont les suivantes: *pannus*, (*vascularisation de la cornée*) *abcès de la cornée*, *leucôme*, *iritis*, *renversement des paupières en dedans* (*entropion*), *en dehors* (*ectropion*), *retrecissement des voies lacrymales et dacryocystites.*

Les granulations sont fréquentes comparativement au grand nombre des autres affections oculaires. C'est ce que prouvent les statistiques de tous les dispensaires où l'on traite ces maladies. A l'Hôpital Notre-Dame, sur 876 patients pour les yeux, 34 étaient atteints de granulations, soit à peu près, 1 cas sur 26. Nous excluons de ce nombre les hypertrophies papillaires que l'on rencontre dans le cours des conjonctivites catarrhales et purulentes.

Dans un rapport récent de la clinique ophthalmologique allemande de A. Mooren on voit que sur 157,899 patients 8,011 étaient granuleux ; soit, 1 cas sur 20.

Relativement à la fréquence des granulations, il y a une différence à établir entre la statistique des hôpitaux et celle de la pratique privée. Le chiffre de cette maladie est beaucoup moins élevé parmi les riches que parmi les pauvres. Ceux qui ont visité les cliniques ophthalmologiques de Paris ont du remarquer que les granulations abondent à l'Hôtel-Dieu, chez Galezowski, etc., tandis qu'ailleurs elle font presque complètement défaut, chez M. le prof. L. de Wecker entre autres. Ce fait doit être attribué au centre qu'occupent ces cliniques et à la condition des patients qui les fréquentent.

On reconnait l'existence des granulations à plusieurs symptômes qui rendent le diagnostic en général très facile. Si on se trompe souvent c'est parce que l'on néglige d'examiner la paupière supérieure dans les cas de complications mentionnées plus haut.

Quand les granulations existent déjà depuis quelque temps, les paupières paraissent lourdes, elles sont tombantes et quelquefois déformées. Souvent la fente palpébrale est rétrécie, les yeux sont à demi fermés. La cornée a perdu son aspect brillant, elle est dépolie, vitreuse; si l'on y regarde de plus près, on voit sur cette membrane des taches plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, résultant d'ulcérations cicatrisées.

La cornée est quelquefois le siége d'abcès, d'ulcères à facettes. Les vaisseaux sanguins qui, à l'état normal, n'existent pas dans la cornée, s'y développent sous l'influence des granulations. Ces lésions se remarquent exclusivement à la moitié supérieure de la cornée, et reconnaissant pour cause le

frottement réitéré de la conjonctive palpébrale chargée d'aspérités, de granulations. Lorsque la maladie est à son début et que les complications dont nous venons de parler n'existent pas, il n'y a que l'examen de la conjonctive palpébrale qui puisse permettre de poser un diagnostic précis. Dans ce but, on saisit les cils de la paupière supérieure avec le pouce et l'index de la main gauche; on fait regarder le malade en bas et l'on renverse la paupière en appuyant soit avec l'index de la main droite, soit avec le manche d'un petit pinceau, sur la paupière, immédiatement en arrière du tarse. Cette manœuvre en apparence très facile exige cependant un peu d'exercice. Il peut se présenter des cas, lorsque les cils manquent ou que le tarse est dégénéré, où cette pratique est même très difficile. Elle sera rendue encore plus difficile si le malade ne regarde pas en bas, ou si la paupière n'est pas attirée et maintenue dans cette direction avant d'être renversée. Quand la conjonctive palpébrale est ainsi mise à découvert il faut la maintenir dans cette position pendant quelque temps afin d'explorer soigneusement l'état de la muqueuse et y appliquer immédiatement le remède s'il y a lieu. Dans ce but, on prendra un point d'appui avec la main gauche sur le dessus de la tête et avec le pouce de la même main on pressera sur le bord ciliaire de la paupière renversée en le comprimant légèrement sur le globe oculaire.

Il est rare qu'en agissant de la sorte, le malade puisse réussir, même en y mettant de la bonne volonté, à faire lâcher prise. Toutes les fois que l'on constate l'existence d'abcès, d'ulcères,de vascularisations de la cornée, d'opacités localisées à la moitié supérieure de cette membrane, de conjonctivites intenses, toutes les fois que les malades accusent la sensation de sable ou la présence de corps étrangers dans les yeux, il ne faut pas négliger de renverser les paupières; la présence de granulations sous la conjonctive nous donnera souvent la clef du traitement convenable à instituer dans ces cas.

La conjonctive peut être le siége de lésions qui au premier abord ressemblent aux granulations mais qui en diffèrent entièrement. Il ne faut pas confondre l'hypertrophie des papilles avec la conjonctivite granuleuse. L'hypertrophie papillaire se rencontre surtout dans la conjonctivite catarrhale et purulente; elle est caractérisée par la présence, sur la conjonctive palpébrale, d'une foule de petites élevures d'un rouge vif, de forme régulière et serrées les unes contre les autres, de telle sorte qu'on ne peut distinguer la surface de la conjonctive au-dessous. Quelques fois, certaines papilles hypertro-

phiées se développent plus que leurs voisines ; elles prennent alors l'apparence de bourgeons charnus, et saignent au moindre contact. Leur siége de prédilection est aux angles de l'œil près du pli retrotarsal où elles apparaissent sous forme de verrues et prennent des proportions considérables.

Ce sont ces différents états de la conjonctive que l'on a décrits dans les traités d'ophthalmologie sous les noms multiples de *granulations conjonctivales, granulations des paupières, blépharite granuleuse, ophthalmie militaire, des armées, ophthalmie d'Egypte, hypertrophie papillaire, trachome, aspritudines.* Cette synonymie démontre que tous les auteurs ne s'entendent pas pour fixer la véritable nature de la conjonctivite granulaire. Ce qui a contribué à cette confusion c'est que les granulations vraies s'accompagnent souvent d'hypertrophie papillaire et de sécrétion catarrhale.

Ce n'est ni le lieu ni le moment d'entrer dans de plus amples détails sur l'interprétation qu'il faut donner à la synonymie que nous venons d'énumérer. Nous ne nous arrêterons pas davantage à discuter si la granulation est un néoplasme ou un produit analogue au tubercule comme l'affirment quelques auteurs. Disons seulement qu'au point de vue clinique il y a une différence à établir entre l'hypertrophie des papilles et la conjonctivite granulaire.

La granulation a une tendance à se transformer sur place en tissu cicatriciel. Son évolution est essentiellement chronique, interrompue parfois par des poussées inflammatoires.

On a divisé les granulations vraies en plusieurs sortes mais la division la plus simple est celle-ci : 1° granulations simples ; 2° granulations mixtes ; 3° granulations diffuses.

Les *granulations* sont dites *simples* lorsqu'elles se développent sur une conjonctive exempte d'inflammation. On apperçoit alors sur la conjonctive palpébrale supérieure des groupes irréguliers de grains ronds de couleur grisâtre. Les plus nombreux occupent l'angle interne ou la partie moyenne du tarse.

Les *granulations* sont *mixtes* lorsqu'elles se développent sur une conjonctive enflammée et qu'elles s'accompagnent d'une hypertrophie papillaire. Il ne faut pas considérer les granulations mixtes comme la deuxième phase de l'évolution des granulations. Les granulations peuvent être mixtes dès leur début, c'est-à-dire qu'elles peuvent se développer en même temps qu'une conjonctivite et une hypertrophie papillaire.

Les *granulations* sont *diffuses* lorsqu'elles ont perdu leur forme arrondie circonscrite et que la muqueuse est infiltrée dans ses parties profondes. Les granulations de grises qu'elles

étaient sont devenues rouges et se confondent avec les papilles qui ont l'aspect de tubercules pédiculés.

La conjonctive peut être infiltrée au point de constituer une véritable tumeur. C'est à la suite de granulations diffuses que se produisent l'atrophie du tissu sous muqueux et les déformations du tarse qui ont pour conséquence le renversement en dedans du bord palpébral et des cils.

Pendant l'évolution de ces trois variétés de conjonctivite granulaire, les malades accusent les symptômes suivants : sensation de pesanteur, de brûlure, de sable dans les paupières.

Le pronostic des granulations est assez sérieux si l'on considère la durée de la maladie, les complications graves qu'elles entraînent du côté de la cornée. Cependant, convenablement traitée et surtout prise au début, cette maladie guérit souvent sans que les malades s'aperçoivent ultérieurement qu'ils en ont été atteints.

La conjonctivite granuleuse est par excellence la maladie des pauvres. Elle se développe dans les mauvaises conditions hygiéniques qui résultent d'un séjour dans un air vicié, d'une alimentation insuffisante et du manque de soins de propreté.

Traitement.—En traitant cette affection il faut se proposer de suivre la voie que nous trace la nature. Un certain degré de vascularisation est nécessaire pour produire la résorption des granulations, il faut donc provoquer et maintenir un certain degré d'irritation dans la conjonctive. Cette irritation aura pour effet de produire un afflux sanguin plus considérable et de faciliter la guérison.

Tous les irritants sont bons à employer, mais le degré d'irritation à produire varie avec les différents cas de granulations chroniques. Les caustiques en usage sont le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent, l'acétate de plomb. Le plus employé est le sulfate de cuivre. On le trouve préparé en crayons dans quelques pharmacies.

Il faut toucher, avec la pointe de ce caustique, les plis hérissés des granulations. Il est inutile d'appuyer fortement sur la conjonctive, cette pratique est douloureuse et rend le traitement redoutable au malade. Immédiatement après la cautérisation on passe un pinceau trempé dans l'eau froide sur la conjonctive afin de calmer les douleurs.

Ce traitement aura besoin d'être renouvelé aussitôt que l'irritation causée par la cautérisation précédente aura disparu, c'est-à-dire au bout de 2 à 3 jours.

Lorsqu'il s'agit de granulations à l'état aigu, comme il existe déjà un degré d'irritation suffisant il faut se garder de faire des applications de sulfate de cuivre ou d'autres caustiques.

Il vaut mieux, dans ce cas, prescrire des calmants, appliquer des sangsues aux tempes, l'iode morphiné autour de l'orbite. Quand les granulations durent depuis longtemps et que le sulfate de cuivre a été employé pendant quelque temps il est bon de varier un peu et de remplacer le sulfate de cuivre par l'acétate de plomb puis par le nitrate d'argent. On a remarqué qu'au bout d'un certain temps le même caustique ne produit plus guère d'effet.

Les complications ne doivent pas être négligées. S'il existe conjointement un catarrhe ou une ophthalmie purulente, il faudra agir comme il est conseillé dans ces cas. L'étroitesse de la fente palpébrale devra être corrigée par le débridement de la commissure externe (cantoplastie). Contre les complications cornéennes, les pannus, les abcès, les ulcères, il faudra faire un emploi méthodique de l'atropine, de l'esérine, des compresses chaudes, de l'oxide jaune de mercure, etc., de la péritomie ou même de l'inoculation de pus blennorrhagique selon les cas.

Nous parlerons plus tard de ses divers traitements dans un article sur le pannus.

Il faut, en commençant à traiter un granuleux, faire comprendre au malade que ce n'est que par une grande persévérance dans le traitement qu'il pourra trouver la guérison. Il faut l'encourager à ne pas désespérer si cette guérison est quelquefois retardée par quelques rechutes plus ou moins inévitables.

M. le Dr Abadie dans une communication récente adressée aux Annales d'oculistique de Bruxelles recommande un traitement radical et efficace contre les granulations de la conjonctive. Ce traitement consiste à transformer la conjonctivite granulaire en conjonctivite purulente par l'inoculation de pus blennorrhagique. Cette pratique, toute barbare qu'elle puisse paraître, rend des services incontestables dans les conjonctivites granuleuses accompagnées de pannus complet de la cornée.

M. le Dr Abadie propose d'en faire une application plus générale et croit qu'on peut transformer toutes les conjonctivites granuleuses ou purulentes pour peu qu'elles soient chroniques, rebelles et que la cornée soit altérée. Pour se résoudre à adopter ce mode de traitement il faut être bien sûr de pouvoir maitriser les complications cornéennes que détermine l'ophthalmie purulente. L'expérience démontre que l'ophthalmie blennorrhagique surtout s'accompagne trop souvent de la destruction de la cornée en dépit du traitement le plus

judicieux, pour qu'on s'empresse de substituer une affection aussi grave à la conjonctivite granulaire.

Des expériences ultérieures démontreront peut-être qu'on peut doser le virus blennorrhagique de manière à provoquer sur la conjonctive une affection susceptible d'être enrayée plus facilement. Alors seulement le traitement de M. Abadie pourra s'appliquer à tous les cas de conjonctivite granuleuse.

Chimie Médicale.—L'urine.

(*Suite et fin.*)

Examen des calculs urinaires (Witham).

1

Chauffez au rouge une partie du calcul sur une feuille de platine.

a. Elle est complètement volatilisée. Voyez 2.

b. Il reste un résidu. Voyez 5.

2

Humectez une portion du calcul avec de l'acide nitrique, évaporez presqu'à siccité et ajoutez de l'ammoniaque.

a. Il se produit une couleur rouge. Voyez 3.

b. Aucune couleur rouge. Voyez 4.

3

Traitez une portion du calcul avec de la potasse, sans chauffer.

a. Il se dégage une odeur ammoniacale : Acide urique.

4

a. La solution d'acide nitrique devient jaune à l'évaporation. Ce résidu jaune devient rouge jaunâtre si on y ajoute de la potasse, et, en chauffant avec cette potasse, rouge-violet : Xanthine.

b. La solution d'acide nitrique devient brun foncé à l'évaporation : Cystine.

5

Traitez comme au No 2.

a. Il se produit une couleur rouge. Voyez 6.

b. Il ne se produit pas de couleur rouge. Voyez 9.

6

Chauffez au chalumeau sur une feuille de platine.
a. Elle fuse. Voyez 7.
b. Elle ne fuse pas. Voyez 8.

7

a. Colore la flamme en jaune : Urate de soude.
b. Colore la flamme en violet : Urate de potasse.

8

Le résidu du No 6
a. Se dissout dans l'acide chlorhydrique dilué, avec effervescence. La solution forme un précipité blanc avec l'oxalate d'ammoniaque : Urate de chaux.
b. Se dissout avec une légère effervescence dans l'acide sulfurique dilué. La solution neutralisée par l'ammoniaque donne un précipité blanc avec le phosphate de soude Urate : de magnésie.

9

Traitez comme au No 6.
a. Elle fuse. Phosphate ammoniaco-magnésien.
b. Elle ne fuse pas. Voyez 10.

10

Le résidu du No 6, humecté avec de l'eau est
a. Alcalin. Voyez 11.
b. N'est pas alcalin : Phosphate de chaux tribasique.

11

La substance originale se dissout dans l'acide chlorhydrique.
a. Avec effervescence : Carbonate de chaux.
b. Sans effervescence : Oxalate de chaux.

En suivant bien la marche de ce tableau nous arrivons toujours à connaître la nature de n'importe quel calcul urinaire.

Avec ce tableau nous terminons ce que nous avions à dire touchant l'analyse de l'urine. Prochainement nous commencerons une étude sur les fermentations considérées au point de vue de la médecine.

DR N. FAFARD.

Communication.

Messieurs les Rédacteurs,

Vous me permettrez, sans doute, de toucher un peu à l'éternelle question du charlatanisme qui disparaît d'un point du pays pour renaître subitement ailleurs.

Vous obligerez un grand nombre de médecins, je crois, en répondant aux questions suivantes:

Convient-il qu'un médecin *licencié* et *enregislré* conformément à la loi, rencontre en consultation un prétendu médecin, qui n'a ni licence ni diplôme, bien qu'il ait étudié quelque peu la médecine ? En cette province, si je ne me trompe, on n'est médecin que lorsqu'on tient une licence du Bureau des Médecins et Chirurgiens. Or comment se fait-il que, pendant que ce même bureau poursuit A. H. Whitcher, de Stanstead, pour infraction à la loi, on permette à certain individu, aussi coupable que ce charlatan, de pratiquer la médecine à Sherbrooke au vu et su de certains officiers du bureau ? La loi doit-elle être mise en vigueur dans certains cas et ignorée dans quelques autres ?

Cet individu, qui a même eu recours à la presse pour se faire annoncer, a-t-il versé sa contribution annuelle, a-t-il placé dans le trésor du bureau la somme requise pour l'obtention d'une licence de médecin ? Cet homme ne trompe-t-il pas le public en se donnant comme médecin ? S'il s'est conformé en tous points à la loi il a droit sans aucun doute à tous les privilèges dont jouissent les médecins, mais, dans le cas contraire, *n'aurait-il pas également droit de jouir du châtiment* infligé par la loi ? S'il n'en est pas ainsi où est la protection que nous avons raison d'attendre du bureau ?

Un ou deux gouverneurs du bureau et notre *collecteur* même étant au fait de toute l'affaire, est-il nécessaire que des médecins fassent une plainte à ce sujet ?

La personne autorisée à intenter des poursuites au nom du bureau, lorsqu'elle tient tous les documents nécessaires, doit-elle avertir les coupables qu'ils aient à cesser de pratiquer ou doit-elle les poursuivre sans avis préalable ?

Ces questions, M. le Rédacteur, sont, je crois, d'un intérêt général pour la profession et pour cette raison j'ai cru devoir prendre la liberté de vous demander de les insérer dans votre revue.

SHERBROOKE.

22 Août 1882.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Tumeur cérébrale d'origine syphilitique; convulsions; mort.— Anesthésie chloroformique.

Tumeur cérébrale d'origine syphilitique; convulsions; mort. —Dame M. A..., 39 ans, est admise à l'Hôpital le 10 août, salle Ste Marie, No 34, service du Dr Desrosiers. Depuis la veille, elle souffre de convulsions épileptiformes, les mouvements convulsifs se répétant à de très courts intervalles, à peu près toutes les demi-heures et souvent tous les quarts d'heure. Dans les intervalles des accès, la malade reste plongée dans le coma. Les convulsions ont tout le caractère de celles que l'on rencontre dans l'épilepsie et l'éclampsie. La patiente cependant ne mord pas sa langue et ne jette pas le cri initial. Elle entre tout d'abord en convulsions toniques qui ne durent que quelques secondes et font place à des mouvements cloniques peu étendus et de courte durée; puis la respiration devient *soufflante*, accélérée. Les convulsions se succèdant à de courts intervalles, la malade n'a pas le temps de reprendre connaissance suffisamment pour pouvoir donner les renseignements voulus. On parvient cependant, quelques heures après son entrée, et dans un intervalle plus long que les autres, à savoir qu'il y a quelques années elle a souffert de syphilis et a suivi pendant un certain temps un traitement mercuriel. Une parente de la malade dit que celle-ci se plaignait de violents maux de tête depuis quelques semaines.

L'examen de l'urine indique l'absence de l'albumine. Il n'y a d'œdème ni à la face ni aux extrémités. De même on ne constate aucun symptôme de paralysie soit à la face soit aux membres. Les pupilles sont d'égales dimensions et se contractent assez facilement à la lumière.

Le fait que cette personne a souffert de syphilis il y a quelques années joint à la céphalalgie dont elle se plaignait depuis un certain temps et à cet autre fait qu'elle n'a jamais, avant aujourd'hui, souffert de convulsions, excluent l'épilepsie et rendent assez probable dans ce cas l'existence d'une tumeur

cérébrale de nature spécifique (gomme). L'absence d'albumine dans l'urine et d'œdème, aident encore à exclure les convulsions urémiques telle qu'on les rencontre dans le cours de la maladie de Bright, bien que dans certain cas de cette dernière affection, on puisse dans les périodes ultimes constater l'absence d'albumine dans l'urine.

On prescrit le chloroforme en inhalations continues, la malade devant être tenue sous l'influence de l'agent anesthésique tant que les convulsions auront tendance a se montrer. A l'intérieur, on donne l'iodure de potassium à haute dose, combiné au bromure, et administré par le rectum tant que la patiente sera dans le coma.

Samedi, 12.—En dépit de l'administration constante du chloroforme, les convulsions se sont succédées toute la nuit, quoique à de plus longs intervalles, c'est-à-dire toutes les heures, ou même toutes les heures et demie. Elles continuent dans le cours de la journée. Vers 11 hrs a.m. la malade a repris quelque peu sa connaissance et se dit mieux. Elle accuse encore beaucoup de céphalalgie. Il n'y a pas de vomissements.

La respiration et le pouls sont accélérés ; la température normale. On continue le même traitement que ci-haut.

Vers 4 hrs p.m. les convulsions semblent plus intenses et les accès plus rapprochés, et la malade meurt à 5 hrs.

Autopsie, dix-huit heures après la mort. La rigidité cadavérique n'est pas prononcée. En enlevant le cuir chevelu on constate une perforation du frontal siégeant au niveau de la bosse frontale droite. En y introduisant un stylet on voit que cette perforation n'intéresse que la table externe de l'os.

Le cerveau est ensuite mis à découvert. La dure-mère adhère à la face interne du crâne dans une bonne partie de son étendue, surtout au niveau de la commissure hémisphéri que. Elle est épaissie mais non ramollie.

Au niveau de la bosse frontale droite, et de la perforation dont on vient de parler, la table interne du frontal est cariée sur une étendue d'à peu près un pouce carré. A cet endroit la dure-mère présente une gomme demi-molle, du volume d'une grosse noisette. Cette gomme a envahi l'arachnoïde et la pie-mère. Outre cette gomme méningée, une autre gomme siége dans la partie antérieure du lobe frontal, au niveau de la précédente. Elle est considérablement ramollie et aussi grosse qu'un œuf de poule.

Les autres parties du cerveau sont intactes. Il n'y a pas d'effusion dans les méninges ni dans les ventricules. Les vaisseaux méningés et cérébraux sont gorgés de sang veineux, fait qui s'explique par le genre de mort de la malade (apnée).

Anesthésie chloroformique.—Dans le cours des deux dernières années, aucun accident n'est survenu à l'Hôpital durant l'anesthésie chirurgicale. Une seule fois il y a eu *alerte*, dans le cas d'un individu sourd-muet, auquel on amputa sept doigts dans une seule séance ; le malade ayant fait des efforts de vomissements, on a lieu de croire que quelques parcelles de matières alimentaires se seront introduites à l'entrée des voies respiratoires et auront produit un commencement d'axphyie par spasme de la glotte. Cette fois on eut recours à la respiration artificielle, flagellation de la face, et à l'emploi de l'électricité (courant faradique).

Jamais le chloroforme n'est confié à un élève. Un médecin responsable, généralement l'interne, en est exclusivement chargé et a ordre de ne s'occuper que de son rôle.

Le système des intermittences, tel que mis en honneur par M. Gosselin, à Paris, est celui qui semble mieux convenir à la plupart des cas. La respiration du patient est toujours surveillée avec grand soin pendant le sommeil chloroformique, et c'est d'elle, et non pas du pouls, que l'on attend les premiers signes du danger.

L'administration d'un stimulant est regardée, ici, comme étant un adjuvant puissant de l'anesthésie, surtout chez les sujets affaiblis ou dont le système nerveux a subi un choc considérable, comme dans les grands traumatismes, etc. On a remarqué qu'avec l'aide d'un stimulant alcoolique administré quelques minutes avant l'anesthésie, le sommeil vient plus rapidement, la période d'excitation étant presque nulle : le malade, en outre, ne vomit pas la plupart du temps ; enfin la quantité de chloroforme employé est réduite de moitié. Il va sans dire que par là même on remédie à la syncope et à l'anémie cérébrale dont cette syncope n'est souvent qu'un symptôme.

On se sert rarement d'éther à l'Hôpital Notre-Dame. Quelquefois dans des opérations de longue durée (ovariotomie), on commence l'anesthésie avec le chloroforme, et une fois que la malade est anesthésiée on continue avec l'éther.

SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Société médicale des Hôpitaux, Paris. (1)

SÉANCE DES 7 ET 28 JUILLET 1882.

Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

M GUYOT communiqne deux cas de *gangrène spontanée*. Le premier, survenu chez un vieillard de 77 ans, glycosurique et cardiaque, a été précédé de douleurs très vives, qu'on a pu calmer par la morphine ; les parties se sont détachées peu à peu et la guérison a été obtenue. Dans le second cas, on était en présence d'un jeune homme atteint de fièvre typhoïde ; la gangrène s'est accompagnée de douleurs intolérables, l'amputation a été faite et la mort a été amenée par une hémorrhagie secondaire. L'examen des jambes malades a montré chez le glycosurique une thrombose artérielle, chez le typhique une artérite manifeste.

M. CADET DE GASSICOURT lit un travail sur le *rétrécissement de l'artère pulmonaire*. Il rappelle l'observation présentée il y a quelques mois par M. Duguet, et avoue de bonne grâce que les critiques qu'il fit alors à l'interprétation de son collègue viennent d'être démenties par le fait nouveau qu'il apporte à la Société. Un enfant de 2 ans, chétif et malingre, né de parents rhumatisants et cardiaques, est apporté dans son service. On apprend qu'il est venu au monde avec une cyanose très prononcée, et qu'il n'a jamais cessé d'être malade. L'examen de la région précordiale ne révèle ni voussure, ni matité exagérée, ni frémissement cataire, mais on entend un souffle systolique, rude, au niveau du deuxième espace intercostal gauche ; ce souffle se prolonge en haut et à gauche, mais disparaît à droite. Le diagnostic fut : rétrécissement de l'artère pulmonaire avec cyanose, sans hypertrophie du ventricule droit, avec communication entre les deux cœurs. Pouls à peu près normal. Dépérissement extrême qui fait admettre la tuberculose. L'enfant succombe, et, à l'autopsie, on trouve une tuberculose généralisée, un cœur plutôt petit qu'hypertrophié, un rétrécissement très notable de l'artère pulmonaire et

(1) Nous empruntons ces notes au *Progrès Médical*.

de l'orifice tricuspidien, et une communication entre les deux ventricules. Les valvules qui, à l'œil nu, paraissaient très épaissies, n'ont présenté au microscope aucune lésion appréciable. L'examen histologique a été fait par M. le Dr Balzer, médecin des hôpitaux,

M. Martineau lit un nouveau mémoire sur les injections hypodermiques de *peptones mercuriques ammoniques*. Il a traité plus de 600 malades et fait 11,000 injections. Pour lui la méthode des injections est parfaite, sans inconvénients, sans contre-indication, sans accidents d'aucune espèce. Pas de phlegmon, pas d'abcès, pas d'eschare, même chez les diabétiques. Presque jamais il n'a observé de salivation ou de stomatite mercurielle, de troubles gastriques ou intestinaux. Cette méthode a une action plus efficace, plus rapide, plus énergique que toutes les autres méthodes. Sous l'influence du traitement, on voit le poids et les globules des malades se multiplier. Insistant, à la fin, sur la rapidité d'action de ce traitement, l'auteur fait ressortir l'intérêt budgétaire qu'il y aurait à le propager dans les hôpitaux civils et surtout militaires. Suivant lui, on aurait là un moyen infaillible de diminuer le séjour des malades à l'hôpital, 3 à 4,000 soldats étant constamment soignés pour des maladies vénériennes, il en résulte que plus de 1.200,000 journées sont perdues pour l'armée française et pour le pays !

M. d'Heilly présente le lobe gauche du *cerveau d'un aphasique* ayant eu, pendant la vie, des signes que, depuis Kussmaul, Wernicke, Kahler et Pick, l'on appelle *cécité et surdité verbales*. Une jeune femme, tuberculeuse, devient subitement aphasique sans paralysie de la motilité ni de la sensibilité. Elle voit, elle entend, mais ne paraît pas comprendre ce qu'elle lit ni ce qu'elle entend ; elle a un vocabulaire des plus restreints, mais ne montre aucune de ces impatiences habituelles aux aphasiques. La mort arrive par les progrès de la tuberculose pulmonaire et on trouve à l'autopsie l'intégrité absolue de la circonvolution de Broca. En revanche, il existe un ramollissement superficiel occupant la lobule pariétal inférieur, le pli courbe et la partie postérieure de la première circonvolution temporale. Le foyer est cortical, n'intéresse pas les faisceaux pédonculaires; la quatrième branche de la sylvienne gauche est oblitérée par un caillot. C'est donc un exemple d'*aphasie sensorielle* à ajouter à ceux que les auteurs allemands et français ont rapportés.

M. Gouguenheim communique un cas de *granulie pharyngée* guéri par *l'iodoforme*. Les angines tuberculeuses, bien décrites par Isambert, étaient considérées par lui comme fatales.

Dans l'observation actuelle, les applications d'iodoforme ont amené très rapidement la guérison des ulcérations ; il est vrai qu'il y a eu deux récidives, mais la guérison paraît aujourd'hui durable. M. Gouguenheim a employé l'iodoforme mélangé avec l'éther, mais il admet très bien l'insufflation de poudre d'iodoforme sur les surfaces malades. Il conclut de ses observations que l'iodoforme est un modificateur très puissant des ulcérations tuberculeuses.

M. Zuber, médecin-militaire, a généralisé l'emploi de *l'iodoforme* au Val-de-Grâce ; il se sert de poudre, de crayons, etc., et il proclame que tous les ulcères atoniques sont heureusement modifiés par ce médicament qu'un Allemand a nommé l'anti-tuberculeux par excellence.

M. Damaschino a constaté la guérison d'une angine tuberculeuse par l'iode et l'iodure de potassium ; la mort est survenue plus tard par tuberculisation pulmonaire.

M. Gouguenheim, partisan convaincu de l'iodoforme, a vu cependant ce remède échouer dans les ulcéres syphilitiques tertiaires, s'il n'était pas aidé par *l'iodure de potassium* à l'intérieur.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De la perte subite de connaissance : diagnostic différentiel. Par R. O. Beard, M.D. (Traduit du *Chicago Medical Journal and Examiner.*) Il est surprenant de constater qu'un sujet comme celui du " diagnostic différentiel des différentes causes de syncope " ait attiré si peu jusqu'à présent l'attention des médecins ; car malgré que la perte de connaissance ne soit qu'un symptôme d'une maladie ou d'un trouble de la vie, elle ne constitue pas moins un fait d'une conséquence sérieuse et souvent un danger si imminent, que la terminaison heureuse ou fatale dépend fréquemment du diagnostic prompt et des soins intelligents du médecin. Même dans les cas où il n'y a pas de tendance à un danger immédiat,—comme par exemple, un cas d'ivresse ordinaire—même dans ces cas, disons-nous, nous ne devons pas oublier que le diagnostic et

l'opinion du médecin peuvent nuire non seulement à sa propre réputation, mais aussi au caractère d'un individu peut-être innocent.

Des erreurs de ce genre ont été faites, même par des praticiens distingués, et plus d'une victime conséquemment est morte sans soin, sans traitement, vengée seulement à l'autopsie qui révélait une lésion organique, comme cause du coma d'abord, puis de la maladie elle-même.

La nécessité d'une étude attentive des différentes causes de ce phénomène fréquent est donc d'une importance majeure, puisque leur distinction est susceptible d'en mettre plus d'un dans l'embarras.

Dans cet article, je me propose de ne considérer que les conditions dans lesquelles le coma est prompt, non accompagné de prodromes marqués, mais suffisamment prononcé pour rendre le patient incapable de donner les renseignements nécessaires. Je vais essayer de tracer les symptômes distinctifs qui s'observent dans ces cas et pour rendre le diagnostic plus facile, je donneral à la fin, comme appendice, un tableau qui pourra être de quelqu'utilité.

On doit toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de la co-existence de deux ou plusieurs maladies pouvant donner naissance au coma, ou d'une maladie pouvant venir comme complication de cet accident et vice-versâ.

L'apoplexie ou un coup de soleil peut arriver dans un état d'alcoolisme aigu; la congestion cérébrale, ou l'embolie peut être accompagnée d'une légère hémorrhagie. Une attaque apoplectique a été reconnue dans certains cas faisant suite à une convulsion épileptique, enfin la contusion, la commotion et le compression du cerveau peuvent être les résultats d'une blessure grave.

Sous le terme générique de *apoplexie*, cette relique de la nomenclature du vieux temps, on peut grouper certains cas présentant le coma, mais à des degrés assez distincts pour indiquer les différents siéges et les caractères de la lésion qui en est la cause. Ces cas sont la congestion cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale et l'hémorrhagie méningée.

Congestion cérébrale.—Dans la congestion cérébrale, la perte de connaissance est rarement le symptôme initial. Elle est généralement précédée de symptômes hyperémiques et ce n'est que dans quelques cas qu'il y a au début apparence de troubles fonctionnels. La forme distinctive est celle-ci : paralysie partielle, fréquemment bilatérale, mais rarement, si jamais, hémiplégie, contraction de la pupille avec réaction faible, température continuellement plus

élevée qu'à l'état normal, respiration lente et difficile, mais n'ayant pas ce bruit d'expiration accompagné de souffle, de gonflement des lèvres et des joues, qu'on remarque dans l'hémorrhagie cérébrale, distension des veines de la face et du cou et retour comparativement prompt des facultés physiques et intellectuelles.

Cet état est souvent accompagné par surcroît d'un coup de soleil ou de la stimulation alcoolique, et peut, en se prolongeant, se terminer par effusion séreuse et la mort.

L'existence ou la non-existence de l'hypertrophie du cœur, comme cause excitante, devra être déterminée et pourra servir au diagnostic.

L'opinion soutenue par Trousseau qu'une congestion soi-disant apoplectique, est toujours de nature épileptique, est insoutenable non seulement parce que plusieurs des symptômes généraux sont essentiellement différents, mais aussi parce qu'une attaque épileptique accompagnée d'un coma aussi prolongée que dans la plupart des cas de congestion cérébrale constitue la forme la plus grave de cette maladie et entraîne à des convulsions si fréquentes que toute erreur est impossible.

Hémorrhagie cérebrale.—L'hémorrhagie cérébrale, contrairement à la congestion, est toujours accompagnée de perte subite de connaissance. L'âge du malade a une importance réelle pour le diagnostic, vu que l'hémorrhagie arrive rarement avant quarante ans. Les signes les plus importants de l'hémorrhagie cérébrale sont: suspension complète de l'intellect, de la sensibilité et du mouvement volontaire et réflexe, apparition de la véritable hémiplégie, relâchement, ou paralysie des sphincters, respiration stertoreuse et soufflante, température variée, inégalité et insensibilité des pupilles et déviation latérale fréquente des yeux et de la tête vers le côté non paralysé.

Les cas rares où le pont de varole est le siége de l'hémorrhagie sont plus difficiles à diagnostiquer, parceque les pupilles sont susceptibles d'être également contractées, la respiration n'a pas le *stertor* caractéristique et la paralysie est retardée et souvent bi-faciale. Cet état pathologique en particulier ressemble au narcotisme de l'opium.

Hémorrhagie méningée.—Cette hémorrhagie quoique très rare est une cause de coma soudain et profond. Ses symptômes diffèrent bien peu de ceux de l'hémorrhagie cérébrale.

Une tendance au retour des attaques, l'apparition ordinaire d'une paralysie générale motrice et sensitive au lieu d'hémiplégie, le manque de diminution de l'action réflexe, tels sont les seuls points différentiels qu'on observe et malgré qu'ils

puissent indiquer l'envahissement des méninges, il n'est pas facile de déterminer si la lésion méningée est primitive, ou si elle n'est pas consécutive à une hémorrhagie cérébrale envahissante.

Embolie cérébrale.—Cette maladie est une autre cause ordinaire de coma. Quoique pouvant arriver à tout âge, cependant la *jeunesse* d'un patient pourrait être regardée comme une présomption évidente en faveur d'une embolie plutôt que d'une hémorrhagie. L'existence d'une endocardite, ou d'une lésion valvulaire du cœur présente aussi des dispositions à l'embolie.

Généralement une hémiplégie du côté droit survient dans ce cas, parceque l'artère cérébrale moyenne gauche est le siége ordinaire de l'embolie. Cette hémiplégie avec perte partielle du sentiment, et les symptômes généraux mentionnés dans l'appendice, nous donnent les caractères distinctifs de l'embolie. D'après Erlenmeyer qui est une autorité, la pupille est à l'état normal.

Le retour à la santé ne tarde pas à avoir lieu, et la paralysie disparait en même temps que le coma. Une absence complète de paralysie, et l'apparition de convulsions épileptiques ont été signalées dans quelques cas.

Cérébrite.—La cérébrite ne devrait pas être mentionnée ici, cependant il est certain cas dans lesquels le coma est survenu brusquement par la rupture d'un abcès et sa sortie dans la substance cérébrale. Dans ces circonstances on remarque de légères convulsions d'un seul côté, l'apparition du pus aux ouvertures de l'oreille, du nez ou des yeux, ce qui, avec l'évidence des autres symptômes est suffisant pour établir le diagnostic.

Syncope.—La syncope est un état pathologique si familier à tous qu'il est à peine nécessaire de le décrire. Elle n'a d'importance ici que parce qu'elle se rencontre avec d'autres causes de perte de connaissance. Dans tous les cas la syncope est dûe à une suspension des fonctions de la substance corticale du cerveau, par le manque de son stimulant artériel, soit que ce manque soit dû à une anémie générale ou locale, à un arrêt prochain de la circulation, à un arrêt temporaire de l'action du cœur ou à une hémorrhagie séreuse.

Epilepsie.—L'épilepsie ne devrait pas avoir sa place ici, les symptômes sont bien connus et dans les cas ordinaires facilement compréhensibles. Après que l'état de convulsion est passé et que le coma est profond, son diagnostic peut cependant présenter quelques difficultés.

L'apparence livide fait place à une couleur cendrée ; le pouls

devient faible et irrégulier; la température se maintient élevée —dans quelque cas 105° F.—les pupilles sont contractées et une salive écumante quelquefois striée de sang provenant de la morsure de la langue apparait sur les lèvres.

La paralysie n'est pas habituelle dans l'épilepsie, mais on se souviendra "*qu'une attaque d'épilepsie* peut agir comme cause excitante d'une attaque d'apoplexie." Un cas de ce genre est rapporté dans un récent numéro du *New-York Medical Record.*

Catalepsie.—La catalepsie est la cause d'une forme particulière de perte de connaissance comparativement facile à reconnaître.

Elle appartient presque invariablement au sexe féminin, son caractère tient du paroxysme, sa durée est incertaine, et sa réapparition constante; elle est accompagnée d'une rigidité, d'une contraction musculaire remarquable; avec ces symptômes il y a peu d'erreur possible.

La respiration et le pouls faibles, mais réguliers, la température normale, les pupilles dilatées et sensibles, les paupières ouvertes et tremblotantes, l'anémie de la rétine sont autant de détails dont il faut se souvenir.

Hystérie cérébrale.—Dans certains cas rares, l'hystérie est caractérisée par une perte de connaissance subite qui dure plusieurs heures avec de légers intervalles. C'est une maladie de jeunesse presque sans exception. Il n'y a pas de paralysie, et elle ne présente qu'une suspension partielle de l'intelligence, de la sensibilité et des organes. La patiente peut être mise debout temporairement mais elle retombe immédiatement. Il y a peu de trouble dans la circulation et la respiration. La connaissance revient assez facilement sous l'action d'une douche d'eau froide.

Insolation.—Le coup de soleil, quoique facile à reconnaître, vû l'existence de la cause occasionelle, est obscur dans sa pathologie. L'insolation varie dans sa durée et son intensité. Dans certains cas il y a hémorrhagie cérébrale; on la reconnait aux symptômes de cette dernière affection. Le pouls varie toujours, la respiration rapide et stertoreuse est quelquefois accompagnée d'un son plaintif; la température varie de 104° à 110°; la peau est particulièrement rude et chaude, et les pupilles contractées et insensibles. Le vomissement et la diarrhée sont des symptômes dangereux.

Empoisonnement urémique.—Cet empoisonnement est une cause discutable de perte de connaissance, mais on rencontre certains cas dans lesquels aucun prodrome n'a été signalé avant les convulsions et le coma.

Les convulsions ont le type épileptiforme et sont susceptibles de retour. La présence de l'anasarque, l'odeur urineuse de l'haleine, les pupilles dilatées et indolentes, la respiration lente et stertoreuse d'un caractère labial particulier, différente des sons gutturaux caractéristiques de l'hémorrhagie cérébrale et de la compression, enfin l'abaissement progressif de la température descendant quelquefois jusqu'à 91. 5 F., tous ces signes établissent un diagnostic évident. Si l'analyse de l'urine est possible, la découverte de l'albumine et des tubules mettra la question hors de doute.

Je ne puis passer sous silence le fait que le professeur Flint donne une opinion bien différente concernant la température dans ce cas-ci. Il prétend qu'une élévation considérable de température, quelquefois 105° F, se rencontre dans l'empoisonnement urémique.

Cette opinion est soutenue dans l'Encyclopédie de Zeimssen où une explication en est donnée à propos de la nature épileptique des convulsions et de la température élevée dans la véritable épilepsie. Cependant il est juste de remarquer que, quoique épileptiformes, les convulsions ne sont pas épileptiques, et l'analogie cesse quand on considère la grande différence qu'il y a dans les causes et les effets de ces deux maladies.

L'exercice musculaire excessif ne doit pas faire croire non plus qu'il y a là une cause suffisante d'élévation de température. Considérant le fait que tous les autres agents toxiques qui produisent le coma — parmi lesquels on peut classer le poison urémique — n'agissent qu'en abaissant la température, on doit conclure que l'opinion de Flint doit être encore moins exacte. Vu l'absence de lésions *post-mortem* pour soutenir la preuve clinique, je me permettrai de faire observer l'apparition de la méningite comme une complication occasionnelle de l'urémie et comme cause d'une élévation de la chaleur animale. Cette complication pourrait expliquer la divergence d'opinion existant entre les auteurs.

Asphyxie.—Cette affection est classée à propos parmi les conditions comateuses d'origine toxique, mais est trop familière à chacun pour que j'en fasse mention spécialement. Elle est bien définie comme étant "une suspension de la vie, dûe au non changement du sang veineux en sang artériel." Il y a trouble d'abord dans les poumons plutôt qu'au cerveau.

(*à continuer.*)

—

De l'emploi thérapeutique du Bromure de Potassium.—Sous la signature du Dr Paul. Gerne, nous trouvons dans le *Concours Médical* un excellent article où est résumée l'action physiologique et thérapeutique du Bromure de Potassium. Nous en extrayons la dernière partie où il est question des usages externes et internes de ce remède.

L'USAGE EXTERNE du bromure de potassium n'est pas encore très répandu.—C'est surtout M. Peyraud (de Libourne), qui en a préconisé l'emploi comme topique. Il a utilisé les *propriétés caustiques* contre une tumeur cancroïdale, les chancres, les fongosités du col, les tumeurs lacrymales, les granulations des paupières, la carie dentaire; il faut employer le bromure finement pulvérisé. En solution plus ou moins concentrée, M. Peyraud l'a utilisé sous forme d'injections contre *l'ozène* et de gargarismes. Nous avons signalé l'année dernière, à propos du traitement de la *diphthérie* que notre confrère avait préconisé, les badigeonnages au bromure comme un traitement presque spécifique de la diphthérie. Cette méthode essayée à Paris par MM. Cadet de Gassicourt et Féréol ne leur a pas donné de résultats satisfaisants.

M. Cambillard s'est fait l'apôtre des injections urèthrales de bromure de potassium dans la *blennorrhagie*, surtout dans les formes douloureuses accompagnées d'érections fatiguantes.

Quatre fois par jour, et la dernière immédiatement avant le coucher, on fait séjourner une ou deux minutes dans le canal une injection suivant la formule.

Eau	150	grammes,	℥v
Glycérine	10	—	ʒiiss
Bromure de potassium	3	—	℈ii grs. v
Laudanum de Rousseau	2	—	ʒss

L'USAGE INTERNE est en réalité le seul véritablement répandu. Nous ne pouvons énumérer toutes les affections dans lesquelles on l'a employé; il faudrait faire défiler les trois quarts de la nosographie. Je vais citer seulement les tentatives faites depuis ces dernières années et qui n'ont pas encore été consignées dans les livres classiques, et je ne m'étendrai que sur l'action du bromure dans les grandes névroses, le seul point vraiment capital de la question.

Nous voyons que le bromure a triomphé des *vomissements incoercibles de la grossesse* à deux reprises, à la dose de 25 grains répétée trois fois par jour.

Les premiers expérimentateurs avaient conçu de grandes espérances sur l'action du bromure comme *anesthésique* général, personne ne l'emploie plus dans ce but.

Modérateur de l'irritabilité réflexe, le bromure est un utile adjuvant pour le traitement des affections des voies respiratoires à caractère spasmodique dans la genèse desquelles le système nerveux joue le principal rôle, la *coqueluche* et *l'asthme*, surtout la première; car les accès d'asthme ne cèdent jamais aussi bien au bromure qu'à la morphine en injections hypodermiques comme l'a démontré M. Huchard.

Tous les *Spasmes*, particulièrement ceux qui affectent les muscles sous-jacents à une muqueuse, peuvent être amendés ou guéris par le bromure; tels l'œsophagisme, le vaginisme, etc... Car le bromure agit d'une part en diminuant l'excitabilité du système nerveux qui commande aux muscles contracturés, et, en même temps, il anesthésie la muqueuse dont l'hyperesthésie amène, par voie réflexe, la contracture du muscle sous-jacent.

La *spermatorrhée*, la *colique nephrétique*, les *tics* douloureux, l'appareil nerveux qui accompagne l'invasion de la plupart des maladies de l'enfance se trouvent bien du bromure. Il en est de même de certaines *migraines* à forme congestive. Le *nervosisme* ou éréthisme nerveux, *l'excitatiou cardiaque*, fréquente chez les gens émotifs, les fumeurs et les alcooliques, *l'insomnie* par tendance congestive du cerveau chez les arthritiques et les hommes d'étude, cèdent parfois merveilleusement au bromure.

L'action anaphrodisiaque peut être utilisée dans bien des cas, notamment contre les érections de la blennorrhagie. On doit y recourir dans certaines *intoxications par des substances convulsivantes*, notamment le *strychnine*.

C'est à cause de cette propriété sédative des manifestations convulsives qu'on emploie le bromure dans les grandes névroses caractérisées par une exagération du pouvoir excito-moteur des centres nerveux.

LE BROMURE DANS LES GRANDES NÉVROSES.

1° *Tétanos*. Pour ne parler que des faits récemment observés, nous trouvons une observation de tétanos traumatique guéri par le bromure (Highet, en 1879. — M. Landouar a publié dans sa thèse une quinzaine d'observations de tétanos d'intensité moyenne guéris par des doses très élevées, 10 à 20 grammes par jour. Toutefois, jusqu'à nouvel ordre, nous donnerions la préférence au chloral, auquel M. Verneuil a dû plusieurs guérisons à notre connaissance.

2° La *Chorée* a été traitée avec succès par le bromure dès 1864, et, en sa faveur, on peut invoquer les témoignages de Gallard, J. Worms, Vulpian, Bucquoy, Blache père qui faisait autorité dans la médecine des enfants. Il disait hautement n'avoir

jamais rencontré aucun médicament aussi utile dans la chorée. Gubler aimait également à raconter que dans un cas de chorée si violente, chez une femme enceinte, qu'après quarante-huit heures de séjour à l'hôpital, un drap de lit était usé par le frottement de ses talons, cinq jours de traitement bromuré à ʒi ou ʒiss avaient ramené le calme. Quelques médecins ont cependant résisté à l'opinion générale, et je me souviendrai toujours que je fus rudement malmené à mon examen de thérapeutique par l'un des illustres professeurs de la Faculté, le regretté Chauffard, pour m'être fait l'avocat du bromure dans le traitement de la chorée contre le tartre stibié qui avait ses préférences. Je dois dire que, depuis lors, j'ai rencontré deux cas de chorée grave contre lesquels le bromure avait échoué et qui ont cédé à la médication stibiée. Tant il est vrai que l'exclusivisme thérapeutique est condamnable.

3° *L'Epilepsie* est, personne ne le conteste plus, le triomphe du bromure de potassium, et, quand on songe qu'il y a en France 40,000 épileptiques, quand le bromure n'aurait d'efficacité que contre cette seule névrose, il n'en resterait pas moins, par les services qu'il rend ainsi à la societé, un de nos plus grands médicaments

Le bromure n'a pas seulement, en effet, comme l'a démontré notre excellent maître, M. Legrand de Saulle pour avantage de diminuer ou supprimer les attaques convulsives (ce qui est un bienfait pour l'épileptique lui-même), mais aussi de modifier le caractère dangereux des épileptiques en diminuant ou en faisant disparaître les impulsions homicides si fréquentes chez les malades,—et ceci est un bienfait pour la société toute entière.—Tout épileptique bromuré cesse de devenir dangereux, c'est presque un axiôme désormais.

Nous ne ferons pas ici l'historique de la médication bromurée dans l'épilepsie. Rappelons seulement que c'est Locock, en Angleterre, qui en a été l'initiateur, que sa vulgarisation en France a été due à Bazin, Brown-Séquard, Legrand du Saulle, Voisin, etc.

On doit commencer par une dose faible, 30 à 40 grains par jour, et augmenter progressivement de 10 à 15 grains jusqu'à ce qu'on ait constaté l'amélioration. Quelques médecins poussent jusqu'à ʒiiss à ʒiii. Nous croyons ces doses exagérées, parce qu'elles plongent rapidement l'épileptique dans un état d'hébétude incompatible avec l'accomplissement de la vie sociale; or c'est un point de vue qu'il faut sans cesse envisager. Il ne s'agit pas, en effet, de *guérir* l'épilepsie; nous ne croyons pas qu'on guérisse l'épilepsie; il s'agit de *supprimer les attaques* et de rendre ainsi l'épileptique

capable de mener l'existence de tous. On y arrive très bien en général avec des doses de ʒi à ʒiss. Le bromure guérit si peu l'épilepsie que les attaques reparaissent lorsqu'on en cesse absolument l'emploi; de là l'indication de tenir habituellement le malade sous l'influence du bromure. Pourtant chez cértains sujets, l'élimination se faisant parfois très lentement, il y a tout avantage à suspendre de temps à autre la médication, afin d'éviter les effets cumulatifs, et s'il est vrai que le bromure, suivant l'expression de Voisin, doit être un aliment pour l'épileptique, ce n'est cependant pas un aliment dont il ne peut être privé quelques heures ou quelques jours. (Gubler).

Dès qu'un épileptique a été un an sans crise, on donne encore le médicament de deux jours l'un, pendant la première quinzaine de chaque mois, et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Après dix-huit mois de suspension convulsive, on donne le bromure de trois jours l'un, pendant la première quinzaine, et tous les jours pendant la seconde. Enfin après deux ans, on le prescrit encore de quatre jours l'un, pendant la première quinzaine du mois, et tous les jours pendant la seconde quinzaine, et ainsi de suite.

Un grand inconvénient dans le traitement bromiqué chez les hommes épileptiques et mariés, c'est l'anaphrodisie qui en résulte et qui les porte trop souvent à renoncer au bénéfice du médicament pour reconquérir leurs capacités conjugales.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIGUE CHIRURGICALES.

Des précautions à prendre dans l'application des appareils à fracture.—J'ai placé ce matin un appareil pour une fracture du corps du radius, en ayant soin de refouler les muscles dans l'espace interosseux et de les y maintenir par une compression légére, mais permanente, afin de tenir écartés de l'os resté sain les fragments de l'os brisé, notamment le fragment inférieur, que le muscle carré pronateur tend constamment à rapprocher du cubitus.

En effets, lorsque les fragment du radius se trouvent entraînés vers le cubitus, on a grande chance de voir le cal venir adhérer à l'os non fracturé. L'indication est encore plus formelle lorsque les deux os de l'avant bras sont brisés, parce qu'alors les quatre fragments tendent à se souder les uns aux

autres par un cal unique. De plus j'ai appliqué un bandage à jour, afin de pouvoir parer, en resserrant les bandelettes de diachylon, au relâchement qui se produit au bout de trois ou quatre jours.

Je ferai remarquer que le malade est ici depuis cinq jours et que c'est seulement aujourd'hui que je me suis décidé à lui appliquer son appareil. Car, si un bandage contentif est placé le premier jour, et qu'il soit tant soit peu serré, du gonflement survient sous l'appareil et s'accompagne de souffrances inutiles à infliger au malade. De plus, que les artères soient un peu faibles, il n'en faut pas daventage pour donner lieu à la formation d'eschares et à la gangrène ; accident qui n'auront d'autre origine qu'un bandage appliqué trop tôt et qui n'a pas été desserré à temps.

Je pourrais vous citer nombre d'observations de ce genre, dont quelques-unes ont donné lieu à des procès intentés par le malade à son médecin. Ne mettez donc le premier jour votre appareil de fracture qu'à la condition de le surveiller matin et soir ; sinon vous exposez votre malade à des accidents graves.

En réalité, du reste, il n'y a aucun avantage à l'appliquer avant que la période inflammatoire ait cessé. C'est pourquoi vous m'avez vu différer chez mon malade jusqu'à ce matin.—*Gosselin in Le Médecin Praticien.*

—

Echarpe postérieure dans la fracture de la clavicule.—E. M. Moore, M. D. de Rochester, a bien démontré les défauts du traitement de la fracture de la clavicule par le coussin axillaire. Malgré que la théorie de son traitement soit assez correcte, cependant son bandage—" un châle, " ayant huit pouces de large lorsqu'il est plié—parait être un peu embarassant et chaud ; en passant au-dessus et en avant de l'épaule fracturée il repose sur le fragment déprimé, et empêche l'examen de la fracture, et lorsque l'on essaye une forte extension la pression semble se faire sur le fragment qui est déjà enfoncé.

On évite ces inconvénients au moyen d'un bandage ainsi disposé :

Appliquez contre l'omoplate du côté sain le chef d'un bandage roulé, conduisez-le sous l'avant-bras du côté malade près du coude (le membre étant en demi flexion et fortement repoussé en arrière) contournez l'avant-bras, ramenez le bandage obliquement sur le dos jusqu'à l'aisselle du côté sain, remontez en avant et par dessus l'épaule pour revenir au chef. Il n'est pas nécessaire que le bandage soit classiquement croisé

sur le dos, mais une bande postérieure à lignes parallèles, quoique moins fatiguante, est moins solide.

Maintenant, au lieu de snpporter la main par une écharpe antérieure fixée au-dessus de la clavicule brisée, il nous semble préférable d'appliquer une étroite bandelette en travers du thorax depuis le poignet jusqu'à la bande postérieure. De cette façon on évite le poids et le frottement du bandage sur l'épaule saine.

Ce pansement n'empêche pas d'appliquer et de fixer au moyen d'une bandelette adhésive une compresse sur le fragment interne, cependant ceci n'est indiqué que lorsque la clavicule est brisée en plus de deux fragments, vû que l'écharpe postérieure retirant l'humerus en arrière produit une traction sur la portion claviculaire du grand peetoral, et contrebalance l'effet des fibres claviculaires du sterno-mastoïdien.

On se servira avec avantage pour ce nouveau mode de pansement d'une courroie de cuir large et mince, qui aura pour effet de ne pas se plisser et portant une boucle à son chef.—*Canada Lancet.*

—

Sur les abcès froids,—par M. Trélat.—Les abcès qui méritent actuellement ce nom sont indépendants de ceux qu'on rencontre autour des corps étrangers, de l'ostéo-myélite, dont la caractéristique est la chronicité. Ceux dont parle M. Trélat sont ceux que l'on appelait autrefois, à tort, *ossifluents*, dont on ne connaît guère la nature que depuis quelques années. Il sont communs et nombreux.

Leur pronostic était très grave il y a encore un petit nombre d'années; ils produisaient des fistules multiples et interminables : l'altération des liquides de leur cavité engendrait la septicémie et la mort. La thérapeutique fut longtemps, sinon impuissante, du moins très hésitante, et les résultats fournis peu satisfaisants; la cautérisation, l'aspiration par divers moyens, étaient seules utilisées avec quelque succès.

Cependant la guérison pouvait survenir, et Bouvier, il y a quelque vingt ans, rappelait même qu'au siècle dernier, David, de Rouen, avait dit que certains abcès froids pouvaient guérir spontanément.

Lister, il y a quelques années, fit faire un pas immense à cette thérapeutique en appliquant au traitement des abcés froids sa méthode de pansement : mais l'ouverture, la désinfection, le drainage de abcès ne suffisaient pas encore.

Depuis, le progrès accompli est immense et date d'un travail de Brissaud et Josias, publié il y a deux ans, sur les gommes

tuberculeuses. Les recherches de Charcot sur l'évolution du tubercule et de Grancher sur le tubercule naissant, puis de Lannelongue sur la pathogénie des abcès froids, montrèrent que ces abcès sont primitivement des gommes tuberculeuses, qui s'accroissent de proche en proche, envahissent tous les tissus, perforent les aponévroses et les os, etc.

Toutes les idées émises par Lannelongue ont été vérifiées par Trélat, qui les a toujours trouvées exactes sur les pièces pathologiques recueillies à son service à l'hôpital Necker. De là sont nées une doctrine pathologique nouvelle et, par suite, une thérapeutique nouvelle. L'abcès froid étant une tumeur composée d'une paroi fibreuse et d'un contenu variable, il fallait enlever cette tumeur ou l'ouvrir et racler sa paroi, en faire une plaie simple et la traiter antiseptiquement. Dans la plupart des cas, la maladie se traite alors comme un simple lipome. Quand les os sont cariés, il faut aller jusqu'à l'altération osseuse et la traiter en conséquence; il ne faut pas oublier les diverticules, les fusées de l'abcès, qui sont des causes fréquentes de récidive; si celle ci survenait, il faudrait la traiter comme on a traité la tumeur principale. M. Trélat cite plusieurs cas de sa pratique, traités et guéris rapidement par cette méthode. Il montre pourquoi le *listérisme* simple appliqué aux abcès froids était inefficace; c'est parce qu'on négligeait de curer la poche dont la paroi était infiltrée de tubercules.—*Le Médecin Praticien.*

Orchite.—Je ne connais aucun remède qui puisse calmer la douleur et subjuguer l'inflammation dans l'orchite aussi efficacement qu'un cataplasme de tabac et de graine de lin. Cette application était employée par les chirurgiens de New-York longtemps avant qu'elle ne fut connue du public médical, c'est à Van Buren et à Keyes que nous devons sa vulgarisation. Un cataplasme de graine de lin chaud auquel on a préalablement mêlé un demi paquet de tabac à chiquer (fine cut) est appliqué deux ou trois fois par jour jusqu'à disparition de la douleur et du gonflement. Le tout est recouvert d'un morceau de soie huilée pour empêcher l'évaporation. Ce cataplasme donne un prompt soulagement et en quelques jours le gonflement est tellement diminué qu'un bandage suspenseur peut être convenablement appliqué.—*Philadelphia Med. Times.—Canadian Journal of Med. Science.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement préventif de la métrite puerpérale.—Le Dr Camino, médecin colonial de la circonscription de Gastu, Algérie, publie dans le *Praticien* une étude intéressante sur le traitement préventif de la métrite puerpérale, nous en reproduisons le texte entier.

Frappé, au début de ma carrière, ainsi que la majorité des praticiens, de l'analogie qui existe entre la métrite puerpérale et la résorption purulente, j'ai naturellement pensé que les moyens les plus efficaces d'empêcher l'absorption des liquides contenus pendant les suites de couche, dans la cavité utérine, seraient aussi ceux qui préviendraient le mieux le développement de cette terrible maladie. Or les conditions défavorables dans lesquelles se trouve la nouvelle accouchée et qui la prédisposent à l'absorption sont de deux ordres : l'une dépend de la circulation générale et provient de la vacuité relative des vaisseaux, vacuité qui favorise l'endosmose et reconnaît pour cause soit la diminution de volume de l'utérus qui cesse brusquement d'exercer sur le système vasculaire de l'abdomen une pression à laquelle il était accoutumé depuis plusieurs mois ; l'autre, locale, tient à l'état nouveau dans lequel se trouve après la parturition, la face interne de la matrice qui baigne, avec les orifices béants des vaisseaux utéro placentaires, dans des liquides qui ont perdu le droit d'existence normale et subissent des transformations de diverses natures : les lochies ne sont-elles pas souvent, plus ou moins putrides, irritantes, suppuratives même ?... (Cette suppuration des lochies qui a quelque chose d'antiphysiologique, d'anormal, de maladif, est due ordinairement à l'action irritative qu'elles exercent sur la caduque utéro-placentaire, ou, dans certaines circonstances mais plus rares qu'on se l'imagine, à un traumatisme plus ou moins accentué.

Quels sont les phénomènes de chimie biologique, d'attraction capillaire ou d'endosmose qui se produisent au niveau des sections des vaisseaux qui fournissaient à l'œuf ou dans leurs anastomoses si larges dans l'épaisseur des parois utérines ?...

Je laisse à d'autres, plus autorisés que moi, le soin de les préciser, Mais admettant leur existence et pensant qu'ils ont une très large part dans le développement de la maladie qui nous occupe, j'en ai conclu qu'il faut, à tout prix, s'opposer à leur développement.

Il m'a semblé, à priori, que le plus sûr moyen de remplir cette indication était de vider d'une manière continue la cavité de la matrice et d'oblitérer les bouches absorbantes de cet organe en provoquant et entretenant ses contractions d'une façon à peu près continue aussi.

Voici comment je procède, depuis de longues années, avec un plein succès :

Aussitôt après l'accouchement, j'administre à ma malade une décoction de deux à trois grammes de seigle ergoté, selon le plus ou moins de contractilité de la matrice : c'est-à-dire, selon le plus ou moins de tendance à l'inertie : je vais même, dans certains cas, jusqu'à cinq et six grammes dans les vingt-quatres heures et dans quelques circonstances j'y reviens dans le cours des lochies. En attendant que l'action du seigle se manifeste je pratique des frictions modérées sur le fond de l'organe jusqu'à ce qu'il survienne des contractions et une diminution très évidente de volume ; j'emploi aussi ces frictions les jours suivants, comme adjuvant de l'ergot, si la dose a été faible et s'il y a encore tendance au relâchement.

Pour que ces frictions soient bien faites, il faut que la main entraîne avec elle, les parois de l'abdomen et que ce soient ces parois, elles-mêmes, qui frappent sur le fond de l'utérus qui doit se durcir, s'élever, se rétrécir en tous sens et descendre vers le pubis.

Les frictions bien employées ont momentanément une grande valeur : je les ai vues suffire à maîtriser des hémorrhagies foudroyantes.

Il n'est pas nécessaire, ainsi que l'a dernièrement préconisé l'Ecole de Lyon, de pratiquer, immédiatement après l'accouchement un massage violent, énergique de la matrice pour arriver à la dégorger du sang qu'elle contient.

Ces manœuvres brutales, qui n'ont qu'un résultat momentané, pourraient bien être suivies de relâchement, d'inertie, ainsi que cela arrive pour le procédé arabe, sur lequel elles semblent avoir été calquées, ont quelque chose de théâtral et de traumatique, qui ajoute inutilement aux souffrances de la mère et à son ébranlement nerveux, effrayent les assistants et sont de nature à compromettre la réputation de l'accoucheur s'il survenait une complication.

Sous l'influence des frictions et du seigle ergoté, sagement employés, les contractions utérines se développent et se continuent régulièrement, du fond vers le col, la cavité se vide, les parois se resserrent, s'expriment comme ferait une éponge que l'on presse dans la main ; aussi, point d'hémorrhagies secondaires, point de ces caillots, quelque-fois énormes, dont la for-

mation a épuisé la mère en pure perte, caillots qui causent de violentes douleurs et dont l'extraction est souvent fort pénible, surtout quand le col est déjà refermé, ce qui n'arrive que lorsque l'art vient régulariser la marche des contractions: enfin les lochies qui ne s'accumulent pas, sont moins fétides, et partant, moins dangereuses, elles sont moins abondantes et durent moins longtemps.

Le moyen qui s'adresse à la circulation générale et qui a pour but de s'opposer aux phénomènes endosmotiques, en remplissant les vaisseaux, appartient à l'honorable et si judicieux Dr Trallier, professeur d'accouchement à l'école d'Alger et dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne. Il consiste dans une alimentation suffisante, abondante même, mais convenable, au moyen de panades, commencée dès les premières heures et continuée sans interruption à moins de contrindications sérieuses qui reconnaîtraient alors, pour causes, un état pathologique étranger à la parturition.

Par ce régime doux et substantiel, M. Trallier a obtenu des succès fort remarquables: non seulement il a vu disparaître de la maternité d'Alger la métro-péritonite, qui y était endémique avant lui, mais, chose très remarquable, les cas arrivés du dehors ne se communiquaient plus.

Pendant un internat de six mois dans cet hôpital il ne me souvient pas qu'un seul cas s'y soit déclaré.

Tels sont les moyens préventifs dont une expérience déjà longue m'a démontré l'efficacité et qui peuvent se résumer ainsi:

S'opposer à l'absorption des liquides contenus pendant les suites de couches dans la cavité utérine et y subissant des altérations de diverses natures; 1° en remplissant le système vasculaire au moyen d'une alimentation abondante et facile à digérer; 2° en favorisant le dégagement des parois de la matrice et vidant d'une manière à peu près continue sa cavité au moyen de contractions que l'on provoque et entretient par les frictions et le seigle ergoté administré de temps en temps à doses décroissantes.

Je puis affirmer n'avoir jamais eu à regretter l'emploi de ce médicament et jamais après son administration je n'ai vu se développer de métrites, même après des opérations sérieuses ou graves: applications de forceps, versions laborieuses, extractions de placentas adhérents, embryotomies.

—

Plusieurs cas de rétrécissement du bassin, à diamètre de 8 ou 8 centimètres un quart; accouchement spontané, accouchement par application du forceps, et accouchement artificiel.—Voici une clinique de M. le Prof. Depaul, qui présente un intérêt particulier et que nous fournit le *Praticien*. Cette clinique contient des leçons pratiques, comme sait toujours en donner le célèbre accoucheur français.

J'ai déjà eu, cette année, l'occasion de vous parler à plusieurs reprises de différents cas de rétrécissement du bassin, dus soit à un état rachitique, soit à une amplitude générale moindre, sans aucun vice de forme, soit enfin à une déformation de squelette. Le nombre des femmes atteintes de rétrécissement du bassin, qui depuis le commencement de l'année scolaire, a passé par cet hôpital, est assez considérable, et en ce moment même nous en avons encore plusieurs dans nos salles.

Tout d'abord je vous parlerai de celle qui est arrivée enceinte pour la seconde fois, et se trouve couchée au numéro 1 ou 2. Son premier accouchement s'est fait à terme, spontanément et très rapidement, il a eu lieu en ville. L'enfant est venu vivant; il n'était pas très gros, il est vrai; du moins au dire de sa mère qui ne peut nous renseigner davantage, et ignore le poids qu'il avait au moment de sa naissance.

Cependant nous avons affaire ici à une femme rachitique, au bassin rétréci et dont le diamètre antéro-postérieur ne mesure pas plus de huit centimètres un quart. Aussi un premier accouchement heureux, spontané et à terme rendrait-il cette femme dangereuse pour les jeunes praticiens qui, se basant sur quelques faits semblables, croiraient en pareilles circonstances pouvoir toujours attendre tranquillement la fin de la grossesse sans intervenir. Ceci soit dit tout de suite en passant et en attendant que nous y revenions dans quelques instants.

Cette femme présentait aussi la particularité suivante sur laquelle M. le docteur Doléris a cru devoir appeler mon attention; l'angle sacrovertébral était un peu déjeté à gauche, d'où l'un des deux diamètres obliques était un peu plus favorable que l'autre. C'est heureusement dans cette direction que la tête se trouvait placée.

Prise des premières douleurs à minuit, elle est entrée à neuf heures du matin pour accoucher à huit heures quarante-cinq minutes du soir, c'est-à-dire après vingt heures et demie environ d'un travail qui n'a rien présenté de particulier.

L'état général était bon et lorsque je l'ai vue à cinq heures du

soir, la poche des eaux faisait saillie à travers le col, la tête était immédiatement au dessus, séparée seulement du col utérin par une couche de liquide peu épaisse. A ce moment-là, la dilatation n'était pas encore complète.

Le palper abdominal indiquait, comme situation de l'enfant, le dos tourné à droite et le plan antérieur regardant à gauche.

L'auscultation montrait que le summum d'intensité des battements du cœur de l'enfant était à droite.

Tout paraissant marcher convenablement, que devions-nous faire? Fallait-il hâter l'accouchement? Dans quel but? L'enfant était bien portant, les bruits du cœur étaient très-nettement perceptibles. Je prescrivis d'attendre la rupture des membranes jusqu'au moment où la dilatation du col serait complète, et, si à ce moment la poche des eaux ne s'était pas rompue spontanément, il serait toujours temps d'intervenir en donnant issue au liquide amniotique comme dans le cas de vice de conformation du bassin, lorsque dans le voisinage vous ne rencontrez ni le cordon ni l'un quelconque des membres; cette dernière condition est absolue.

Mais, me direz-vous, combien de temps faut il attendre? Je vous répondrai que l'on peut très bien différer pendant plusieurs heures, 6, 8, et même 10 heures, pourvu, bien entendu, qu'il n'existe ou ne survienne aucune complication.

Bref, j'ai donc prescrit chez cette femme d'attendre la ruptune des membranes ou tout au moins la dilatation complète du col de l'utérus. Bien m'en a pris, du reste, puisque, à 7 heures et demie du soir, c'est-à-dire deux heures et demie environ après ma visite, la poche des eaux s'est rompue spontanément et une heure un quart plus tard l'accouchement se terminait spontanément aussi, de lui-même, sans aucune intervention, par la naissance d'un bel enfant relativement volumineux. En effet il pesait 3,470 grammes, près de sept livres.

—Par contre, nous avions eu peu de temps auparavant une femme présentant les mêmes conditions de rachitisme, d'étroitesse du bassin (8 centimètres à 8 centimètres un quart environ), chez laquelle nous avions dû intervenir pour l'accoucher par une application du forceps, malgré le volume moindre de l'enfant, lequel ne pesait que cinq livres et demie au lieu de sept que nous trouvons ici. Il est vrai que la femme au petit enfant était primipare, tandis que celle dont je vous parle avait déjà eu un premier enfant.

Peut-être y a-t-il chez cette dernière des conditions spéciales que nous ne pouvons pas apprécier dans la conformation de son bassin, qui puissent expliquer cette facilité à accoucher ainsi deux fois fois de suite spontanément, malgré l'étroitesse

de son bassin et son rachitisme. Toujours est-il que tout s'est passé ici très régulièrement et que l'enfant est vivant.

—Au No. 34, nous avons une femme syphilitique, dont le bassin est également rétréci, un peu moins cependant que la précédente. Il mesure en effet, sans aucune déduction, neuf centimètres trois quarts, c'est-à-dire en réalité huit centimètres et demi comme diamètre antéro-postérieur, de l'angle sacro-vertébral à la symphyse pubienne.

Cette femme est déjà accouchée une première fois à terme. Aujourd'hui le travail n'a pas été long, la présentation était en occipito-iliaque droite antérieure. L'accouchement s'est fait spontanément, l'enfant, né très-bien vivant, pesait 3,720 grammes, c'est-à-dire près de 7 livres et demi, et mesurait 53 centimètres de longueur. C'est là un enfant plus volumineux que les deux dont je viens de vous parler, en tous cas un peu au-dessus de la moyenne.

Le travail, l'accouchement et la délivrance ne nous ont rien présenté de particulier à vous signaler.

—Troisième fait. Celui-ci concerne la femme No. 5 dont le bassin mesure encore huit centimètres un quart, et chez laquelle j'ai dû pratiquer l'accouchement prématuré artificiellement.

Cette femme accouchée antérieurement déjà 3 fois, a perdu les deux enfants qui étaient nés à terme. En 1877 elle était venue me voir à l'ancien hôpital de la Clinique et je l'avais fait accoucher avant terme d'un enfant-vivant.

Aujourd'hui, et en raison même des succès remportés en 1877, tandis que les deux délivrances à terme avaient été suivies de la naissance d'enfants morts, je n'avais pas à hésiter, j'ai donc de nouveau provoqué chez elle l'accouchement prématuré. L'enfant est venu vivant, très-bien portant, et pesait 3,350 grammes, près de sept livres.

Malheureusement il est mort 24 heures après sa naissance, sans cause connue; l'autopsie n'a rien fait découvrir, nulle malformation, et sa mort reste pour nous absolument inexpliquée.

Mais ce n'est pas sur cet incident malheureux que je veux appeler votre attention, c'est bien plus particulièrement sur la diversité de terminaisons de l'accouchement que nous venons d'observer sur plusieurs femmes atteintes d'un rétrécissement du bassin à peu près semblable.

Ainsi sur trois cas, auxquels nous pouvons joindre celui dont je vous ai dit seulement quelques mots, c'est-à-dire donc sur quatre cas, nous avons: deux accouchements spontanés à terme, un accouchement prématuré artificiel et un accouchement à

terme au moyen d'une application de forceps, tous quatre se terminant heureusement par la naissance d'un enfant vivant.

De ces trois accouchements à terme n'allez pas conclure que dans tous les cas de rétrécissement du bassin, dont le diamètre antéro-postérieur oscillerait entre 8 centimètres et 8 centimètres un quart, il est inutile d'intervenir en provoquant l'accouchement prématuré ; votre enthousiasme—l'enthousiasme des jeunes gens a toujours besoin et en toutes choses d'une petite sourdine — se tromperait dangereusement pour vos clientes.

J'ai vu maintes fois pareil rétrécissement nécessiter l'emploi du céphalotribe, lorsqu'on laissait la femme arriver au terme naturel de sa grossesse. Tout cela dépend des conditions où l'on se trouve. Je vous en ai déjà parlé à plusieurs reprises, j'y reviendrai de nouveau lorsque l'occasion s'en présentera.

Je dirai seulement que le volume de l'enfant peut varier beaucoup, vous aurez quelquefois affaire à des enfants très volumineux, d'un poids de beaucoup au-dessus de la moyenne, pouvant atteindre, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et même 14 livres ! Oui, 14 livres !

J'en ai pesé un de pareil volume. Il y a de cela assez longtemps déjà, et aussitôt l'accouchement terminé, j'allai trouver mon maître Paul Dubois et l'en informer. " Mon cher enfant si ce n'était pas vous qui me le disiez, je ne le croirais pas" me répondit-il. " Cette méfiance ou mieux cette demi confiance me peine vivement, lui-disje, aussi vous me la paierez en venant voir, aujourd'hui même avec moi, la mère et l'enfant."—C'était la femme d'un commissionnaire en marchandises du faubourg St-Denis ; quelques heures plus tard Paul Dubois, pesant à son tour l'enfant, vérifiait son poids de 14 livres et confirmait le fait le lendemaîn même à sa clinique.

Dans la statistique de Mme La Chapelle qui comprend quatre-vingts et quelques milliers d'accouchements, je n'ai trouvé que deux faits d'un pareil poids.

Il y a peu de temps, j'ai eu l'occasion aussi d'accoucher, au boulevard Malesherbes, une femme dont l'enfant pesait onze livres. Cela ne vous parait peut être rien, onze livres, mais lorsqu'on assiste à la sortie d'un pareil enfant, c'est à n'y pas croire, tant c'est gros.

Il m a paru intéressant de rapprocher les faits que je viens de vous faire connaître afin de vous montrer que tous les accouchements sont loin d'être les mêmes, bien que l'on se trouve dans les conditions de bassins rétrécis à peu près semblables. Tous, rappelez-vous le bien, ne peuvent pas aller à

terme ; loin de là, dans la majorité des cas vous éprouveriez des difficultés sérieuses, si vous attendiez jusque-là sans intervenir. Rapportez vous-en à l'expérience de ceux qni comptent aujourd'hui de pareils faits par centaines. Pour moi dans ces cas de rétrécissement du bassin, à diamètre antéro-postérieur de 8 centimètres à 8 centimètres 1/4 j'ai recours le plus souvent à l'accouchement prématuré artificiel, surtout s'il s'agit de femmes primipares.

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Pommade contre la cystite du col chez la femme.

Axonge ou vaseline	℥i
Camphre pulvérisé	ʒss
Extrait de belladone	℈ii grs v

Enduire de cette pommade un tampon d'ouate que l'on introduira matin et soir dans le vagin.

Potion contre la diarrhée (J. Simon)

Sous nitrate de bismuth	ʒi
Diascordium	grs xv à xxx
Laudanum de Sydenham	1 goutte
Julep gommeux	℥iii à v

On prescrit une goutte de laudanum à un enfant de moins d'un an, deux gouttes à un enfant de deux ans et ainsi de suite.

Réactif du sucre dans les urines (Dr Oppenheimer).

℞ Sulfate de cuivre cristall	1 grain
Glycérine purifiée	1 once M

Une drachme de ce mélange suffit pour déceler la présence d'un grain de glucose dans un alcali caustique. Mettez deux ou trois gouttes du mélange dans un tube à réactif et ajoutez une demi once de liqueur de potasse, chauffez jusqu'à ébullition, ajoutez quelques gouttes d'urine et faites bouillir de nouveau. Si l'urine est diabétique le sucre sera précipité sous forme d'oxide cuivreux jaune-brun. Ce réactif est plus fidèle que celui de Trommer ; il peut servir au dosage du sucre l'albumine ne trouble en rien son action. Il peut se conserve ; indéfiniment.—*Medical Brief ; Cinc. Lanc. and Clin.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, SEPTEMBRE 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

Exercice illégal de la médecine.

Nous nous empressons de répondre à la lettre signée "Sherbrooke" qui a trait à la fameuse question du charlatanisme et que nous publions au commencement de ce numéro.

Et d'abord, établissons que l'ennemi qu'il y a à combattre ici, ressemble bien un peu à ces fameuses bêtes que la mythologie nous représente comme invincibles. Si le charlatanisme n'est pas invincible, il est certainement difficile de l'atteindre immédiatement et en même temps partout où il existe. Ce qui doit nous consoler c'est que la lutte est commencée, que plus d'un adversaire est déjà tombé blessé sur le champ de bataille. L'on pourra voir plus loin en effet la liste des charlatans traînés devant les tribunaux et condamnés comme ils le méritaient.

On se souvient des préliminaires interminables de cette réforme commencée déjà depuis plusieurs années, des amendements nombreux qu'il a fallu faire à la loi avant qu'elle put devenir réellement en force ; on n'est pas sans ignorer combien il a fallu lutter pour obtenir le résultat relativement satisfaisant que nous avons sous les yeux, et qu'on le sache bien, il n'y avait pas que le charlatan, le véritable ennemi du dehors, qu'il s'agissait de combattre; l'ennemi du dedans n'était point le moindre. Ainsi le cas de notre correspondant est une magnifique illustration de nos paroles.

C'est bien le cas, en effet, qu'il existe à Sherbrooke un étudiant en médecine, à qui un de ses *professeurs* même aurait, nous assure-t-on, conseillé d'aller s'établir dans cette localité, et qui, contre la loi, qui n'a pas encore sévi, pratique la médecine sans crainte, affichant la réclame par tous les moyens possibles. Nul doute que cet étudiant est en contravention avec l'article 7 des règlements concernant les devoirs de la

profession médicale, des écoles particulièrement, et du Bureau des gouverneurs.

Néanmoins, étant établi le fait que les choses se sont passées comme il est dit plus haut, nous ne pouvons certainement nous empêcher d'attirer l'attention de notre correspondant sur le fait que l'indignation légitime qu'il manifeste devrait avec raison rejaillir sur les personnes qui ne craignent pas d'abuser de leur position au point d'induire leurs subordonnés en d'aussi regrettables erreurs. Mais *ce ne sont pas les conseilleurs qui sont les payeurs* et nous pouvons certifier que la personne en question a été notifiée de payer immédiatement, sinon que les procédés ordinaires seraient pris contre elle.

Nul doute que dans ces cas d'illégalité de pratique de médecine, on devrait procéder, comme on procède contre toute personne en contravention avec la loi,—c'est-à-dire immédiatement sans notification — ici on s'est écarté de cette règle, on a fait une différence entre le charlatan et l'étudiant en médecine; a-t-on eu tort? Oui; car la loi en aucun cas ne saurait faire des exceptions, et nous ne saurions, pour aucune considération, recommander l'indulgence, encore moins la faiblesse, d'autant plus qu'il s'agit du privilège le plus essentiel au bon fonctionnement de la profession.

Petite Correspondance.

Quel est votre traitement de la gastro-entérite aiguë des enfants?

A. H.

Très difficile, à cause de la grande irritabilité de l'estomac il faut donc recourir aux lavements pour arrêter les vomissements, c'est là la première indication. Nous employons le laudanum le plus souvent; cependant le chloral que nous avons essayé depuis quelque temps nous a donné de magnifiques résultats. Nous le donnons à la dose de cinq grains par lavement pour un enfant de 5 à 6 mois. La chlorodyne à la dose de trois à quatre gouttes, pour le même âge produit aussi l'effet voulu.

Le lavement sera donné à très petite dose et après une selle, et pourra être répété 2 à 3 fois par jour.

En même temps les contre-irritants légers seront appliqués sur la région épigastrique et le ventre. L'eau fraiche est donnée librement au petit malade, et doit constituer une diète véritable. Ce n'est que lorsque l'irritation est bien calmée que nous conseillons l'alimentation.

Bibliographie.

MANUEL DES MALADIES DES FEMMES.—*Leçons cliniques professées par Lombe Atthill, professeur à l'Université de la Rotonde, etc.—(avec figures dans le texte.) Ouvrage traduit sur la 6e édition anglaise par le* DR J. P. LAVOIE, *professeur agrégé à l'Université Laval, Québec.*

Nous accusons réception de l'ouvrage ci-dessus qui nous est adressé par notre confrère et concitoyen le Dr Lavoie.

Dans un pays où on entend parler si fréquemment les deux langues par le même individu, il semblerait tout d'abord que le rôle de traducteur n'offre pas grande difficulté; cependant il est très facile de constater, en médecine au moins, que c'est là un ouvrage ingrat, dont le succès constitue un mérite sérieux. M. le Dr Lavoie pour premier essai, a choisi un sujet très important et des plus pratiques, nous avons constaté en effet que très peu d'entre nous possèdent beaucoup de connaissances pratiques en gynécologie, et que, soit difficulté de sujet, soit rareté de matériaux cliniques, soit caractère moral de notre population, cette branche de la science médicale, n'a pas parmi nous marché de pair avec les autres. Le nom du clinicien de la Rotonde est assez favorablement connu pour se dispenser de nos éloges. Nous avons souvent entendu reprocher la brièveté de ses descriptions, mais si c'est là un défaut pour le gynécologiste expérimenté, c'est peut-être une qualité pour l'immense majorité des praticiens, et surtout pour les élèves en médecine.

Nous croyons donc que M. le Dr Lavoie a fait là une œuvre utile, et nous ne faisons en cela que couronner les éloges qui lui ont déjà été faits en Europe par des autorités compétentes.

Nous recommandons donc ce petit manuel qui sous une forme concise (345 pages) et élégante, résume les connaissances élémentaires les plus pratiques et les plus nécessaires au médecin. Le traducteur nous informe que l'ouvrage sera sous peu mis en vente dans nos librairies de Montréal. On aura d'ailleurs les renseignements nécessaires à ce sujet, dans la prochaine livraison de l'*Union.*

Brochure reçue.

The presence of the Micrococcus in the Blood of Malignant Measles; its importance in treatment, by JOHN M. KEATING, M.D., Philadelphia.

Il m'a semblé, à priori, que le plus sûr moyen de remplir cette indication était de vider d'une manière continue la cavité de la matrice et d'oblitérer les bouches absorbantes de cet organe en provoquant et entretenant ses contractions d'une façon à peu près continue aussi.

Voici comment je procède, depuis de longues années, avec un plein succès :

Aussitôt après l'accouchement, j'administre à ma malade une décoction de deux à trois grammes de seigle ergoté, selon le plus ou moins de contractilité de la matrice : c'est-à-dire, selon le plus ou moins de tendance à l'inertie : je vais même, dans certains cas, jusqu'à cinq et six grammes dans les vingt-quatres heures et dans quelques circonstances j'y reviens dans le cours des lochies. En attendant que l'action du seigle se manifeste je pratique des frictions modérées sur le fond de l'organe jusqu'à ce qu'il survienne des contractions et une diminution très évidente de volume ; j'emploi aussi ces frictions les jours suivants, comme adjuvant de l'ergot, si la dose a été faible et s'il y a encore tendance au relâchement.

Pour que ces frictions soient bien faites, il faut que la main entraîne avec elle, les parois de l'abdomen et que ce soient ces parois, elles-mêmes, qui frappent sur le fond de l'utérus qui doit se durcir, s'élever, se rétrécir en tous sens et descendre vers le pubis.

Les frictions bien employées ont momentanément une grande valeur : je les ai vues suffire à maîtriser des hémorrhagies foudroyantes.

Il n'est pas nécessaire, ainsi que l'a dernièrement préconisé l'Ecole de Lyon, de pratiquer, immédiatement après l'accouchement un massage violent, énergique de la matrice pour arriver à la dégorger du sang qu'elle contient.

Ces manœuvres brutales, qui n'ont qu'un résultat momentané, pourraient bien être suivies de relâchement, d'inertie, ainsi que cela arrive pour le procédé arabe, sur lequel elles semblent avoir été calquées, ont quelque chose de théâtral et de traumatique, qui ajoute inutilement aux souffrances de la mère et à son ébranlement nerveux, effrayent les assistants et sont de nature à compromettre la réputation de l'accoucheur s'il survenait une complication.

Sous l'influence des frictions et du seigle ergoté, sagement employés, les contractions utérines se développent et se continuent régulièrement, du fond vers le col, la cavité se vide, les parois se resserrent, s'expriment comme ferait une éponge que l'on presse dans la main ; aussi, point d'hémorrhagies secondaires, point de ces caillots, quelque-fois énormes, dont la for-

mation a épuisé la mère en pure perte, caillots qui causent de violentes douleurs et dont l'extraction est souvent fort pénible, surtout quand le col est déjà refermé, ce qui n'arrive que lorsque l'art vient régulariser la marche des contractions : enfin les lochies qui ne s'accumulent pas, sont moins fétides, et partant, moins dangereuses, elles sont moins abondantes et durent moins longtemps.

Le moyen qui s'adresse à la circulation générale et qui a pour but de s'opposer aux phénomènes endosmotiques, en remplissant les vaisseaux, appartient à l'honorable et si judicieux Dr Trallier, professeur d'accouchement à l'école d'Alger et dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne. Il consiste dans une alimentation suffisante, abondante même, mais convenable, au moyen de panades, commencée dès les premières heures et continuée sans interruption à moins de contrindications sérieuses qui reconnaîtraient alors, pour causes, un état pathologique étranger à la parturition.

Par ce régime doux et substantiel, M. Trallier a obtenu des succès fort remarquables : non seulement il a vu disparaître de la maternité d'Alger la métro-péritonite, qui y était endémique avant lui, mais, chose très remarquable, les cas arrivés du dehors ne se communiquaient plus.

Pendant un internat de six mois dans cet hôpital il ne me souvient pas qu'un seul cas s'y soit déclaré.

Tels sont les moyens préventifs dont une expérience déjà longue m'a démontré l'efficacité et qui peuvent se résumer ainsi :

S'opposer à l'absorption des liquides contenus pendant les suites de couches dans la cavité utérine et y subissant des altérations de diverses natures ; 1° en remplissant le système vasculaire au moyen d'une alimentation abondante et facile à digérer ; 2° en favorisant le dégagement des parois de la matrice et vidant d'une manière à peu près continue sa cavité au moyen de contractions que l'on provoque et entretient par les frictions et le seigle ergoté administré de temps en temps à doses décroissantes.

Je puis affirmer n'avoir jamais eu à regretter l'emploi de ce médicament et jamais après son administration je n'ai vu se développer de métrites, même après des opérations sérieuses ou graves : applications de forceps, versions laborieuses, extractions de placentas adhérents, embryotomies.

—

Il m'a semblé, à priori, que le plus sûr moyen de remplir cette indication était de vider d'une manière continue la cavité de la matrice et d'oblitérer les bouches absorbantes de cet organe en provoquant et entretenant ses contractions d'une façon à peu près continue aussi.

Voici comment je procède, depuis de longues années, avec un plein succès :

Aussitôt après l'accouchement, j'administre à ma malade une décoction de deux à trois grammes de seigle ergoté, selon le plus ou moins de contractilité de la matrice : c'est-à-dire, selon le plus ou moins de tendance à l'inertie : je vais même, dans certains cas, jusqu'à cinq et six grammes dans les vingt-quatres heures et dans quelques circonstances j'y reviens dans le cours des lochies. En attendant que l'action du seigle se manifeste je pratique des frictions modérées sur le fond de l'organe jusqu'à ce qu'il survienne des contractions et une diminution très évidente de volume ; j'emploi aussi ces frictions les jours suivants, comme adjuvant de l'ergot, si la dose a été faible et s'il y a encore tendance au relâchement.

Pour que ces frictions soient bien faites, il faut que la main entraîne avec elle, les parois de l'abdomen et que ce soient ces parois, elles-mêmes, qui frappent sur le fond de l'utérus qui doit se durcir, s'élever, se rétrécir en tous sens et descendre vers le pubis.

Les frictions bien employées ont momentanément une grande valeur : je les ai vues suffire à maîtriser des hémorrhagies foudroyantes.

Il n'est pas nécessaire, ainsi que l'a dernièrement préconisé l'Ecole de Lyon, de pratiquer, immédiatement après l'accouchement un massage violent, énergique de la matrice pour arriver à la dégorger du sang qu'elle contient.

Ces manœuvres brutales, qui n'ont qu'un résultat momentané, pourraient bien être suivies de relâchement, d'inertie, ainsi que cela arrive pour le procédé arabe, sur lequel elles semblent avoir été calquées, ont quelque chose de théâtral et de traumatique, qui ajoute inutilement aux souffrances de la mère et à son ébranlement nerveux, effrayent les assistants et sont de nature à compromettre la réputation de l'accoucheur s'il survenait une complication.

Sous l'influence des frictions et du seigle ergoté, sagement employés, les contractions utérines se développent et se continuent régulièrement, du fond vers le col, la cavité se vide, les parois se resserrent, s'expriment comme ferait une éponge que l'on presse dans la main ; aussi, point d'hémorrhagies secondaires, point de ces caillots, quelque-fois énormes, dont la for-

mation a épuisé la mère en pure perte, caillots qui causent de violentes douleurs et dont l'extraction est souvent fort pénible, surtout quand le col est déjà refermé, ce qui n'arrive que lorsque l'art vient régulariser la marche des contractions : enfin les lochies qui ne s'accumulent pas, sont moins fétides, et partant, moins dangereuses, elles sont moins abondantes et durent moins longtemps.

Le moyen qui s'adresse à la circulation générale et qui a pour but de s'opposer aux phénomènes endosmotiques, en remplissant les vaisseaux, appartient à l'honorable et si judicieux Dr Trallier, professeur d'accouchement à l'école d'Alger et dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne. Il consiste dans une alimentation suffisante, abondante même, mais convenable, au moyen de panades, commencée dès les premières heures et continuée sans interruption à moins de contrindications sérieuses qui reconnaîtraient alors, pour causes, un état pathologique étranger à la parturition.

Par ce régime doux et substantiel, M. Trallier a obtenu des succès fort remarquables : non seulement il a vu disparaître de la maternité d'Alger la métro-péritonite, qui y était endémique avant lui, mais, chose très remarquable, les cas arrivés du dehors ne se communiquaient plus.

Pendant un internat de six mois dans cet hôpital il ne me souvient pas qu'un seul cas s'y soit déclaré.

Tels sont les moyens préventifs dont une expérience déjà longue m'a démontré l'efficacité et qui peuvent se résumer ainsi :

S'opposer à l'absorption des liquides contenus pendant les suites de couches dans la cavité utérine et y subissant des altérations de diverses natures ; 1° en remplissant le système vasculaire au moyen d'une alimentation abondante et facile à digérer ; 2° en favorisant le dégagement des parois de la matrice et vidant d'une manière à peu près continue sa cavité au moyen de contractions que l'on provoque et entretient par les frictions et le seigle ergoté administré de temps en temps à doses décroissantes.

Je puis affirmer n'avoir jamais eu à regretter l'emploi de ce médicament et jamais après son administration je n'ai vu se développer de métrites, même après des opérations sérieuses ou graves : applications de forceps, versions laborieuses, extractions de placentas adhérents, embryotomies.

—

Il m'a semblé, à priori, que le plus sûr moyen de remplir cette indication était de vider d'une manière continue la cavité de la matrice et d'oblitérer les bouches absorbantes de cet organe en provoquant et entretenant ses contractions d'une façon à peu près continue aussi.

Voici comment je procède, depuis de longues années, avec un plein succès :

Aussitôt après l'accouchement, j'administre à ma malade une décoction de deux à trois grammes de seigle ergoté, selon le plus ou moins de contractilité de la matrice : c'est-à-dire, selon le plus ou moins de tendance à l'inertie : je vais même, dans certains cas, jusqu'à cinq et six grammes dans les vingt-quatres heures et dans quelques circonstances j'y reviens dans le cours des lochies. En attendant que l'action du seigle se manifeste je pratique des frictions modérées sur le fond de l'organe jusqu'à ce qu'il survienne des contractions et une diminution très évidente de volume ; j'emploi aussi ces frictions les jours suivants, comme adjuvant de l'ergot, si la dose a été faible et s'il y a encore tendance au relâchement.

Pour que ces frictions soient bien faites, il faut que la main entraîne avec elle, les parois de l'abdomen et que ce soient ces parois, elles-mémes, qui frappent sur le fond de l'utérus qui doit se durcir, s'élever, se rétrécir en tous sens et descendre vers le pubis.

Les frictions bien employées ont momentanément une grande valeur : je les ai vues suffire à maîtriser des hémorrhagies foudroyantes.

Il n'est pas nécessaire, ainsi que l'a dernièrement préconisé l'Ecole de Lyon, de pratiquer, immédiatement après l'accouchement un massage violent, énergique de la matrice pour arriver à la dégorger du sang qu'elle contient.

Ces manœuvres brutales, qui n'ont qu'un résultat momentané, pourraient bien être suivies de relâchement, d'inertie, ainsi que cela arrive pour le procédé arabe, sur lequel elles semblent avoir été calquées, ont quelque chose de théâtral et de traumatique, qui ajoute inutilement aux souffrances de la mère et à son ébranlement nerveux, effrayent les assistants et sont de nature à compromettre la réputation de l'accoucheur s'il survenait une complication.

Sous l'influence des frictions et du seigle ergoté, sagement employés, les contractions utérines se développent et se continuent régulièrement, du fond vers le col, la cavité se vide, les parois se resserrent, s'expriment comme ferait une éponge que l'on presse dans la main ; aussi, point d'hémorrhagies secondaires, point de ces caillots, quelque-fois énormes, dont la for-

mation a épuisé la mère en pure perte, caillots qui causent de violentes douleurs et dont l'extraction est souvent fort pénible, surtout quand le col est déjà refermé, ce qui n'arrive que lorsque l'art vient régulariser la marche des contractions : enfin les lochies qui ne s'accumulent pas, sont moins fétides, et partant, moins dangereuses, elles sont moins abondantes et durent moins longtemps.

Le moyen qui s'adresse à la circulation générale et qui a pour but de s'opposer aux phénomènes endosmotiques, en remplissant les vaisseaux, appartient à l'honorable et si judicieux Dr Trallier, professeur d'accouchement à l'école d'Alger et dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne. Il consiste dans une alimentation suffisante, abondante même, mais convenable, au moyen de panades, commencée dès les premières heures et continuée sans interruption à moins de contrindications sérieuses qui reconnaîtraient alors, pour causes, un état pathologique étranger à la parturition.

Par ce régime doux et substantiel, M. Trallier a obtenu des succès fort remarquables : non seulement il a vu disparaître de la maternité d'Alger la métro-péritonite, qui y était endémique avant lui, mais, chose très remarquable, les cas arrivés du dehors ne se communiquaient plus.

Pendant un internat de six mois dans cet hôpital il ne me souvient pas qu'un seul cas s'y soit déclaré.

Tels sont les moyens préventifs dont une expérience déjà longue m'a démontré l'efficacité et qui peuvent se résumer ainsi :

S'opposer à l'absorption des liquides contenus pendant les suites de couches dans la cavité utérine et y subissant des altérations de diverses natures ; 1° en remplissant le système vasculaire au moyen d'une alimentation abondante et facile à digérer ; 2° en favorisant le dégagement des parois de la matrice et vidant d'une manière à peu près continue sa cavité au moyen de contractions que l'on provoque et entretient par les frictions et le seigle ergoté administré de temps en temps à doses décroissantes.

Je puis affirmer n'avoir jamais eu à regretter l'emploi de ce médicament et jamais après son administration je n'ai vu se développer de métrites, même après des opérations sérieuses ou graves : applications de forceps, versions laborieuses, extractions de placentas adhérents, embryotomies.

—

sulta plusieurs médecins. L'un d'eux plongea une aiguille exploratrice dans la tumeur et en retira du sang pur. On lui dit de retourner chez lui, d'éviter soigneusement de toute chûte et de ne plus faire aucun travail fatiguant vu qu'il était affecté d'un anévrisme contre lequel toute intervention chirurgicale était impossible.

C'est à ce moment qu'il vint me consulter. A droite de la ligne médiane du front, il existe une bosse, environ du volume d'une grosse orange, presque régulièrement sphérique excepté du côté externe où elle semble s'allonger et diminuer de volume. La peau n'est pas décolorée et est mobile sur la tumeur. Celle-ci est élastique, modérément tendue et donne au toucher la sensation d'une fausse fluctuation. On y constate des pulsations isochrones avec les battements du cœur. Ce dernier caractère, quoique peu accentué, est cependant parfaitement distinct. La respiration n'a aucun effet sur la tumeur. Sous une pression régulière et continue de la main la tumeur est presqu'oblitérée et on constate la disparition complète d'une grande partie de l'os frontal et une ouverture de deux à trois pouces de diamètre.

A travers la peau les bords de cette perforation semblent être dentelés, irréguliers et sensibles au toucher. La compression et la réduction de la tumeur ne causent au patient aucun malaise ni aucun phénomène physiologique appréciable.

Ce néoplasme, d'après l'observation du patient lui-même, ne présente pas toujours le même volume mais ordinairement est plus proéminent l'après-midi et diminue le matin et pendant l'avant-midi.

Depuis quelques semaines il se plaint en outre d'une faiblesse visuelle de l'œil droit.

L'état général est bon, le cœur et les poumons n'offrent rien d'anormal, les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Il n'y a absolument aucun trouble de la motricité ni de la sensibilité.

Considérant le siége et les caractères de la tumeur mon attention se porta du côté des fonctions intellectuelles, et je recherchai avec soin les signes de la compression cérébrale, mais, fait curieux, là aussi les symptômes restaient presque complètement négatifs. La physionomie avait, il est vrai, un certain cachet d'hébétude, mais je suis fort disposé à croire que c'était là l'apparence innée et habituelle de l'individu.

Quoiqu'il m'ait fourni les matériaux cliniques et pathologiques de la présente observation, je dois avouer que j'eus beaucoup de difficulté à obtenir du malade l'histoire du cas, à cause du manque de lucidité de son esprit et de la lenteur de ses

réponses. Tranquillement assis sur sa chaise, il restait silencieux et assoupi.

Je lui demandai de m'accompagner à une réunion de médecins qui avait lieu ce soir-là, il y consentit volontiers.

Il se faisait tard, je lui dis: Il nous faut faire diligence, un homme de chantier doit être bon marcheur, pouvez vous me suivre? Il répondit dans l'affirmative et nous partîmes. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il avait trop présumé de ses forces car je dus m'arrêter deux ou trois fois pour l'attendre. Je dus même revenir sur mes pas à sa rencontre et le trouvai marchant doucement, tête basse et l'air distrait. Chaque fois que je lui adressais la parole il pressait subitement le pas comme s'il eut oublié qu'il venait avec moi, mais reprenait bientôt son allure ordinaire.

Les médecins l'examinèrent. Ses réponses furent laconiques, mais lucides et sans trouble de langage. Après l'assemblée je lui demandai s'il se sentait capable de retourner seul à sa pension: il répondit "oui" et partit. Mais le lendemain j'appris qu'il s'était égaré quoique la route lui fut familière et n'était arrivé chez lui qu'à cinq heures du matin.

Deux jours après il entrait à l'hôpital. Il tomba bientôt dans un état d'indifférence complète passant les journées au lit et ne demandant ni nourriture ni quoique ce soit.

Je remarquai à cette époque un dégré bien marqué d'exophthalmos de l'œil droit, dont le volume tenait les paupières séparées. Le globe oculaire semblait aussi légèrement ramolli. La peau qui recouvrait la tumeur présentait une coloration rougeâtre et était sillonnée de veines dilatées.

Le 16 mai, à midi, je le trouvai dans le coma avec un pouls de 140 et une respiration très accélérée. Il resta dans cet état jusqu'à sa mort qui eut lieu à 6 heures du soir.

A l'autopsie, 18 heures après la mort, je trouvai la tumeur en partie affaissée. La peau qui la recouvrait avait repris la coloration normale et s'était ridée. Je disséquai et relevai deux lambeaux pour découvrir la tumeur que je vis faisant hernie à travers la perforation du frontal et presentant une surface lisse et une teinte bleuâtre. Incisée dans son diamètre horizontal elle me parut formée dans sa couche externe d'un tissu mou-brun, rougeâtre, extrêmement vasculaire et renfermée dans une très mince enveloppe, Graduellement et surtout au-dessous du niveau de l'os frontal, la consistance changeait et présentait l'aspect d'une pulpe grisâtre, analogue à la substance cérébrale quoique légèrement plus molle, que je recueillis avec une cuillère.

Cette substance remplissait une cavité pouvant contenir un

œuf de poule et située entre l'os et la dure-mère. Celle-ci était déprimée en arrière et repoussait devant elle l'hémisphère cérébral droit qu'elle comprimait presque jusqu'au niveau de l'os temporal.

La dure-mère est parfaitement normale, nullement injectée et conserve après l'évacution de la cavité la forme concave et arrondie qui lui a été imprimée par le néoplasme.

La partie postérieure de l'orbite semble aussi avoir été envahie par le processus hypertrophique, ce qui explique l'exophthalmos observé pendant la vie.

Ce patient était affecté d'un cancer encéphaloïde médullaire de l'os frontal et la vascularité de sa texture le range dans la classe de ces productions morbides auxquelles Hey a donné le nom de " fungus hematodes."

Cette affection a été longtemps et est encore par quelques écrivains exclusivement désignée sous le nom impropre de fungus de la dure-mère. De fait, Louis et tous les chirurgiens qui l'ont précédé prétendaient que toutes les tumeurs cancéreuses de la voûte du crâne originaient constamment de la face externe de la dure-mère et s'étendaient de là vers la peau après avoir perforé la boîte osseuse.

En 1785 Sandifort et Seibold furent les premiers à abandonner cette théorie exclusive. Ils démontrèrent que ces tumeurs originent dans le diploë. Quelques années après, Lassus, dans son traité de pathologie chirurgicale et Whather et Chelius, prouvèrent, par des observations indiscutables, l'origine multiple des tumeurs cancéreuse du crâne, et aujourd'hui presque tous les chirurgiens admettent que ces tumeurs peuvent originer de la peau, des os, de la dure-mère et même du cerveau.

Dans le cas que j'ai l'honneur de soumettre à votre considération, il est évident que le processus morbide n'a pas originé dans la dure-mère qui à l'autopsie était intacte de toute altération et présentait tous les caractères de la membrane normale.

L'histoire clinique du cas démontre, en outre, que l'os doit avoir été le siège initial du néoplasme qui après avoir perforé le frontal fit saillie sous la peau d'une part et de l'autre repoussa la dure-mère et l'hémisphère cérébral.

Le cancer des os du crâne est plus fréquent chez l'adulte ; tantôt solitaire et circonscrit, tantôt il n'est que la manifestation de la diathèse cancéreuse généralisée.

Le produit morbide débute quelquefois entre le périoste et l'os et se développe ensuite à l'extérieur par envahissement de la peau. Mais, règle générale, le processus commence

dans le diploë, sépare la table interne de l'externe, toutes deux sont absorbées, disparaissent et laisent une ouverture plus ou moins considérable à bords rugueux, piquants et dentelés, indice d'une ostéite raréfiante se terminant par une nécrose partielle.

Les symptômes varient selon que la tumeur débute à la surface de l'os ou dans le diploë. Dans le premier cas, on peut sentir une bosse plus ou moins molle, donnant la sensation d'une fausse fluctuation et pouvant présenter les caractère d'une véritable tumeur liquide.

Lorsqu'elle origine dans le diploë elle peut rester longtemps sans offrir aucune manifestation extérieure. Mais peu à peu la table externe s'amincit par l'effet de l'absorption et le doigt peut déprimer la tumeur qui donne une sensation analogue à la crépitation du parchemin.

Quand l'os est complètement perforé, le fongus soulève la peau et apparait sous la forme d'une tumeur arrondie, élastique, animée de battements isochrones avec le pouls plus rarement avec les mouvements respiratoires. Lorsque la table interne a été absorbée la tumeur est réductible en tout ou en partie et la perforation osseuse peut alors être sentie.

Quelquefois cette réduction de la tumeur produit des troubles cérébraux ; tels que la syncope, les convulsions, des crises épileptiques, dans d'autres cas au contraire la réduction peut s'effectuer sans produire aucun de ces symptômes, comme dans la présente observation.

Les symptômes cérébraux dont je viens de parler, apparaissent souvent spontanément et comme conséquence des progrès de la maladie ; le patient éprouve alors un engourdissement des membres, des syncopes, des paralysies, le coma, en un mot, tous les signes de la compression cérébrale. A ce dégré, l'issue fatale n'est pas éloignée. Quelquefois la tumeur s'ulcère et le patient meurt d'épuisement ou d'hémorrhagie. La durée de la maladie peut être assez longue, mais quand une fois l'os est perforé, il est rare que la vie se prolonge plus d'un ou deux ans. La mort peut survenir beaucoup plus tôt comme on le voit dans le cas actuel qui a parcouru en cinq mois ses diverses périodes.

Comme vous l'avez pu remarquer au cours de cette observation, cette tumeur a donné lieu à une erreur de diagnostic ; on l'avait prise pour un anévrisme.

Les exemples de semblables méprises ne sont pas rares dans les annales de la science, et le diagnostic du cancer encéphaloïde des os du crâne est certainement entourré de difficultés qui ne sont pas cependant insurmontables si l'on fait attention aux points suivants :

La *réductibilité* par la pression, les pulsations isochrones avec les battements du cœur nous ont permis, dans ce cas, de ranger la tumeur au nombre de celles communiquant avec la cavité crânienne, et d'éliminer toutes les productions pathologiques siégeant à la surface du crâne.

Parmi les premières, l'encéphalocèle, l'anévrisme de l'artère méningée moyenne et le fungus de la dure-mère étaient les seules qui pussent nous induire en erreur. Mais l'encéphalocèle est congénital ou produit par un coup, une chute avec fracture du crâne ; en outre il siége ordinairement à la partie postérieure de la tête. Rien, dans l'histoire de ce cas, n'indiquait l'existence d'aucun de ces divers caractères. L'anévrisme de l'artère méningée moyenne siège en un endroit tout autre que celui occupé par le fongus dans le cas présent. Il siége, tout naturellement sur le trajet parcouru par l'artère, c'est-à-dire par les parties latérales de la tête. Dans l'anévrisme, en outre les pulsations sont beaucoup plus fortes que celles que nous remarquons dans le cancer des os du crâne, quelque soit la vascularité de ceux ci. Il est vrai que l'anévrisme peut être réduit par la pression, mais aussitôt que celle-ci est enlevée, la tumeur reprend son volume primitif et cela soudainement, après deux ou trois pulsations cardiaques, tandis que dans l'encéphaloïde ce n'est que lentement et après un grand nombre de ces pulsations que la tumeur revient à sa forme première.

Il n'y a pas de bruit de souffle dans le fungus, et la compression de la carotide, qui, dans le cas d'un anévrisme, arrête les pulsations de la tumeur, n'a aucune influence sur les battements siégeant dans le fungus.

Quant aux signes diagnostiques entre l'encéphaloïde des os du crâne et le fungus de la dure-mère, j'avoue qu'ils manquent très souvent, principalement à la dernière période de la maladie.

Dans le fungus de la dure-mère les symptômes cérébraux se montrent peut-être plus souvent de même que certains symptômes fonctionnels tels que névralgie, surdité, etc. Ici cependant l'erreur serait de peu d'importance ; vû que le pronostic est le même dans les deux cas, ainsi que le traitement, celui-ci consistant surtout dans l'abstention de toute intervention chirurgicale.

De fait la nature et le siége de la production pathologique suffisent amplement à arrêter la main du chirurgien. Cependant quelques-uns ont conseillé de mettre le fungus tout à fait à nu, en le circonscrivant au moyen du trépan et d'en faire ensuite l'ablation complète.

Grossman, Peccholi et Nélaton semblent avoir obtenu, par ce-

moyen des succès réels. Mais ces cas ne sont pas assez nombreux pour que le chirurgien soit justifiable d'avoir recours à une opération aussi sérieuse, surtout quand on à affaire à une maladie qui devra tôt ou tard se reproduire fatalement.

En somme, quand il s'agit d'une tumeur consistante, élastique, demi-fluctuante, siégeant à la voûte crânienne, surtout à la région frontale, présentant des battements isochrones aux pulsations du cœur ou aux mouvements respiratoires, se réduisant, par la pression, à travers une perforation des os du crâne pour revenir ensuite lentement à ses dimensions premières, enfin ne présentant aucun bruit de souffle et n'éprouvant aucun changement par l'effet de la compression des gros vaisseaux du cou, que cette tumeur soit ou non accompagnée de symptômes de compression cérébrale, nous pouvons sans crainte diagnostiquer une tumeur ayant pris naissance soit à la surface de la dure mère ou plutôt au milieu des os du crâne, cette affection est certainement mortelle et ne requiert qu'un traitement purement palliatif.

J'ai cru, messieurs, que cette observation serait de quelque intérêt pour vous, pour plusieurs raisons, mais parmi les faits sur lesquels je viens d'attirer votre attention, il en est un qui prime tous les autres. Je veux parler du dégré considérable de compression exercé par cette tumeur sur le cerveau, en même temps que l'absence presque absolue des symptômes physiologiques auxquels cette compression aurait dû, ce semble, donner lieu. Ce fait, encore qu'il ne soit pas rare, n'en est pas moins remarquable si l'on songe à tous les symptômes que, d'après les auteurs classiques, nous rencontrons ordinairement dans les cas de compression de l'encéphale.

Cette intégrité relative des fonctions cérébrales, telle que nous l'observons chez ce malade, peut à première vue sembler extraordinaire; cependant nous en trouvons une explication satisfaisante dans les idées scientifiques récemment émises à la suite d'observations aussi nombreuses que judicieuses.

Nous pouvons interpréter les phénomènes physiologiques dûs à la compression cérébrale en les rapportant soit à l'attrition des éléments de la substance du cerveau, soit à l'altération des parties constituantes de cet organe, soit à la gène circulatoire produite par la pression extérieure. L'absence d'une ou plusieurs de ces conditions pathologiques suffit à empêcher les symptômes de la compression de se manifester au dehors.

Sans vouloir aller aussi loin que Gama, Deseault et Malgaigne qui ont presque réduit à néant l'influence de la compression, et attribué ces divers troubles à une inflammation du cerveau ou de ses membranes, il est néanmoins vrai de dire que dans ces

cas les désordres fonctionnels varient avec une foule de circonstances telles que le siége, l'étendue et la nature de l'agent, qui comprime, ansi que la rapidité plus ou moins grande de son développement. Ainsi, par exemple, une compression à la base du cerveau est immédiatement suivie de symptômes appréciables tandis qu'une lésion semblable siégeant à la convexité des hémisphères n'en produit souvent aucun.

Ce fait est conforme aux enseignements de l'expérimentation qui a prouvé que la portion périphérique du cerveau ne réagit pas sous l'action des irritants physiologiques et chimiques, tandis qu'en irritant la protubérance annulaire, les pédoncules et le bulbe on produit des troubles de la motilité et de la sensibilité.

La nature de l'élément compresseur joue également un rôle important dans la plus ou moins grande fréquence des troubles physiologiques, et ceux ci, qui manquent rarement dans le cas d'abcès du cerveau, sont dûs à l'inflammation des parties en contact avec le pus, plutôt qu'à la compression produite par le foyer purulent. Et cela est tellement vrai qu'il est excessivement rare que l'évacuation du pus dans un cas d'abcès cérébral ait amené la cessation des symptômes. Bien au contraire, ceux-ci persistent, et avec la même intensité à peu de chose près.

Enfin, une compression soudaine donnera beaucoup plus sûrement lieu à des symptômes cérébraux que ne le pourra faire une lésion à développement lent et qui permet au cerveau de s'habituer, pour ainsi dire, à la présence d'un corps étranger.

Dans ce cas-ci la tumeur siégeait au niveau de la convexité des hémisphères, les parties sous jacentes avaient subi des altérations organiques et la tumeur s'était accrue graduellement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si les signes habituels de la compression de l'encéphale ont ici fait complètement fait défaut.

COMMUNICATION.

Messieurs les Rédacteurs,

Au cours de votre appréciation de l'ouvrage de gynécologie que vient de traduire M. le Dr J. P. Lavoie, vous dites : " Nous " avons constaté, en effet, que très peu d'entre nous possèdent " beaucoup de connaissances pratiques en gynécologie, et que,

" soit difficulté du sujet, soit rareté de matériaux cliniques, " soit caractère moral de la population, cette branche de la " science médicale n'a pas parmi nous marché de pair avec les " autres."

Généralement, cet aveu est aussi vrai que pénible.

En signalant cette anomalie, pour ne pas dire plus, laissez-moi vous dire que vous faites erreur sur ses causes. Votre position de professeurs ne vous a peut être pas permis de dire toute votre pensée. Ce devoir me semble incomber plutôt à un médecin en dehors du professorat, et c'est parce que j'ai à cœur l'avancement et la diffusion rapides des sciences médicales dans notre province que j'ose vous faire quelques observations qui pourront ne pas être inutiles sans toutefois vous rendre responsables en aucune manière de l'état de chose actuel parce que vous ne faites encore que d'entrer dans l'enseignement. Je voudrais, tout en respectant la vérité, pouvoir être aussi indulgent envers ceux qui avaient mission de faire notre éducation professionnelle ! !

Ni la difficulté du sujet, (qui n'est pas plus difficile que les autres branches de la médecine), ni la rareté des matériaux cliniques (qui sont aussi abondants que dans aucune autre partie du monde), ni le caractère moral de notre population (qui est aussi intelligente et aussi soucieuse de sa santé et de sa vie qu'en aucun pays connu) n'ont été un obstacle au progrès des connaissances gynécologiques. Il faut chercher et trouver ailleurs cette cause d'ignorance de cette importante partie des sciences médicales.

Jetez, s'il vous plait, un coup d'œil sérieux et scrutateur sur toutes les écoles de médecine de la province de Québec et dites moi franchement combien nous avons de chaires de gynécologie ? Et nos hôpitaux, combien de services spéciaux possèdent-ils pour l'application éclairée de cette science si utile, si importante et si positive.

N'a-t-on pas eu le temps de songer à tout cela depuis qu'on enseigne ici l'art de guérir?

Lorsque vous m'aurez trouvé une réponse satisfaisante à toutes ces questions, je vous expliquerai pourquoi : " vous " constatez en effet que très peu d'entre nous possèdent " beaucoup de connaissances gynécologiques."

Je lis, tous les ans, dans les annuaires de nos écoles de médecine que M. le professeur de tocologie enseigne aussi les maladies des femmes (gynécologie) et les maladies des enfants (pædiatrie). Voilà au moins un professeur hardi, courageux et extra dévoué qui, à lui seul, se fait trinité pédagogique médicale. Pensez-vous que ce n'est pas par trop

pompeux et par trop lourd. Il entreprend—non, il promet—de faire parcourir, à ses élèves en toute sureté, trois voies hérissées d'obstacle sérieux dans lesquelles on n'ose s'aventurer dans les pays les plus éclairés, que guidé par les maîtres les plus savants. N'est-ce pas que c'est téméraire ! ! Le résultat, vous le connaissez, vous le signalez et, je le sais, vous le déplorez comme moi.

Qui d'entre nous, pendant qu'il était sur les bancs de l'école de médecine, a jamais entendu parler de gynécologie ou de paediatrie. Quand nous a-t-on dit un seul mot des quelques six cents affections qui torturent si douloureusement la femme et la conduisent prématurément à la tombe?

Il y avait là un devoir sacré à remplir envers nous et envers la société ; qu'a-t-on fait ? On a voulu ignorer et faire ignorer ! !

Cependant l'éducation médicale coûte aussi cher ici que dans les pays où elle est faite avec le plus d'avantage et le plus d'éclat.

Qui d'entre nous à vu traiter une affection de la matrice ou de ses annexes dans un service quelconque de nos hôpitaux, de nos dispensaires, de nos maternités et nos prisons ?

Quand nous a-t-on montré un seul instrument de l'arsenal de la gynécologie ? Jamais, au grand jamais.

Il est de toute justice, comme de toute vérité, de dire que nos maîtres avaient à subir l'autorité qui commandait dans nos hôpitaux, mais ils n'ont jamais eu le courage de secouer ce joug de l'ignorance. Au reste, étaient ils préparés à cette émancipation et à s'élancer hardiment vers ces horizons brillants de la science ? Je ne crois pas. Nous en avons énormément souffert.

La pudeur mal interprétée a pu faire taire ici les exigences raisonnées et raisonnables de la science, mais elle n'a pas été un obstacle invincible au développement de nos connaissances médicales

Pour trancher cette question en un seul mot, avouons franchement que l'enseignement théorique et pratique ayant été nul ici jusqu'aujourd'hui il n'est pas étonnant que " très peu d'entre nous possèdent beaucoup de connaissances gynécologiques." Cependant il y en a qui en possèdent, mais ne leur demandez pas ce qu'il leur en a couté de travaux pour parcourir cette route périlleuse qu'aucune lumière et qu'aucun jalon leur indiquaient.

Etablissez des chaires dans nos écoles de médecine et des services spéciaux de gynécologie dans nos hôpitaux et vous constaterez avant longtemps que " ni la difficulté du sujet, ni

" la rareté des matériaux cliniques, ni le caractère moral de " notre population " ne peuvent nous empêcher d'avoir de très bons gynécologistes parmi nous.

Ce n'est que par un sentiment d'amitié et de dévouement pour vous, MM. les Rédacteurs, et d'intérêt pour la science que j'ai cru devoir écrire sur cet important sujet ces quelques lignes, qui, je l'espère, recevront une cordiale hospitalité dans votre journal.

A vous de cœur,

DR. D. MARSIL.

St Eustache, 21 septembre 1882.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Diarrhée chronique; vomissements incoercibles; guérison par la viande crûe.—Maladie de Bright; convulsions; rétinite albuminurique; mort.

Diarrhée chronique; vomissements incoercibles; guérison par la viande crûe.—Dame P. C***, 50 ans, est admise à l'Hôpital le 22 août (salle Ste Marie No 33) service du Dr Desrosiers. Elle raconte que depuis 8 mois elle souffre d'une diarrhée que rien jusqu'aujourd'hui n'a pu soulager. A la diarrhée sont venus dernièrement se joindre les vomissements.

La malade est d'une extrême maigreur; teinte subictérique de la peau; conjonctives légèrement jaunes. Cet amaigrissement a débuté avec la diarrhée, il y a huit mois. Les vomissements sont provoqués par l'ingestion de toute espèce d'aliments, même de l'eau froide. L'eau de soude effervescente (*soda-water*) est seule tolérée. Les matières vomies sont vertes, liquides: les selles sont aussi composées de matières vertes et ne contiennent rien qui ressemble à des substances grasses; leur fréquence varie, ordinairement de trois à six par jour. Il n'y a pas actuellement de coliques ni de sensibilité abdominale. Au début la malade a éprouvé quelques douleurs. Les selles, de même que les matières vomies n'ont jamais renfermé de sang.

En palpant l'abdomen on ne découvre nulle part la trace de tumeur. A la région épigastrique il y a la sonorité normale; de même, au niveau du foie, le champ de la matité n'est pas plus étendu. Aucun bruit anormal au cœur; les deux poumons sont sains; l'examen de l'urine ne fait pas découvrir la moindre trace d'albumine.

La patiente est très faible et peut à peine se tenir debout. Il n'y a pas d'œdème. Les artères radiales sont le siège d'athérôme, mais les fonctions cérébrales sont intactes.

En résumé il y a ici la plupart des symptômes rationnels de de la diathèse cancéreuse, ou tout au moins d'un état cachectique du système, et cependant un examen minutieux ne fait découvrir la moindre trace de cancer ni dans l'estomac, ni dans les intestins, ni dans le foie, ni dans le pancréas. Ajoutons que la mère de cette malade à succombé à un cancer du foie. En l'absence des signes physiques du cancer, on est porté à croire que chez cette femme les vomissements et la diarrhée sont dûs à un catarrhe chronique de l'estomac et de l'intestin dû à une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité. Le mari est un buveur émerite et a pour habitude de laisser sa femme manquer du nécessaire et c'est ce qui est arrivé surtout depuis quelques mois.

Ceci posé on institue le traitement suivant: Diète liquide exclusivement, et se composant surtout de lait et eau de chaux: Liqueur arsénicale, une goutte toutes les heures jusqu'à cessation du vomissement.

Au bout de deux ou trois jours, les vomissements sont moins fréquents, mais la diarrhée persiste toujours. Le lait, même additionné d'eau de chaux, est occasionnellement rejeté. On le remplace par l'eau de soude effervescente, (*soda-water*) que la malade peut garder très bien. En fait d'aliments on ordonne la viande crûe—filet de bœuf finement haché, puis salé et poivré *ad libitum*—à prendre d'abord deux fois puis trois fois par jour. On continue l'arsenic à la même dose.

La diarrhée et les vomissements cessent alors presque instantanément. Après quinze jours de ce régime on constate que la malade reprend sensiblement ses forces. La face est plus pleine et le teint, sans être déjà animé, semble moins jaune. Ni vomissements ni diarrhée. L'appétit est excellent. on continue le même traitement, et, le 4 septembre la patiente peut se lever et faire quelques pas autour de son lit. La viande crûe est remplacée par la viande rôtie que la malade digère maintenant aussi bien que la première. L'arsenic est remplacé par le sirop d'iodure de fer à dose de 10 gouttes trois fois par jour, après les repas. Le 15, elle laisse l'Hôpital, sans que

les troubles gastro-entériques décrits plus haut se soient manifestés une seule fois depuis que le régime de la viande crûe a été prescrit.

Maladie de Bright ; convulsions, rétinite alluminurique ; mort.—Julien R** agé de 42 ans, entre à l'hôpital le 18 juin 1882, pour un œdème des jambes et une dyspnée assez intense dont il se plaint depuis une ou deux semaines. Ce malade est d'une pâleur extrême et son regard, sans expression aucune : *unmeaning stare* (1). La dyspnée dont il se plaint l'empêche dit-il, de pouvoir se coucher la nuit et il est obligé de dormir dans une position demi assise. La face est un peu œdematiée ainsi que les paupières, et le patient dit que c'est là que *l'enflure* a débuté. Les mains, les pieds et les jambes sont aussi le siège d'œdème, qui cependant est peu marqué. Les nausées sont assez fréquentes ; parfois il survient du vomissement : il y a céphalalgie frontale et occipitale ; sommeil insuffisant ; diarrhée alternant avec de la constipation. A l'auscultation et à la percussion on constate la présence, dans les deux plèvres, d'une assez grande quantité de liquide. Ce liquide se déplace facilement et suit les lois de la pesanteur suivant la position que l'on donne au malade. Celui-ci ne se rappelle pas avoir jamais souffert de douleurs à la région thoracique, points de côté, etc. Evidemment, le liquide épanché dans les plèvres n'est pas, ici, un produit d'inflammation mais un accident hydropique. Dans l'inflammation de la plèvre, le liquide est habituellement trop épais pour pouvoir se déplacer facilement, de plus les adhérences qui se font entre les deux feuillets de la plèvre tendent encore a empêcher ce déplacement. Dans l'hydrothorax au contraire le liquide qui est très fluide, n'est pas emprisonné par les adhérences pleurales ou les fausses membranes.

Les bruits du cœur sont normaux quoique un peu affaiblis ; aucun souffle anormal. L'urine renferme une assez grande quantité d'albumine, et à l'examen microscopique on y découvre des cylindres hyalins parfaitement caractérisés. Les pupilles sont un peu dilatées et le patient accuse un certain dégré d'amblyopie encore peu prononcé du reste.

On prescrit d'abord un régime exclusivement lacté, et à l'intérieur le sulfate de quinine, à dose de 1 gr. 3 fois par jour, alternant avec la teinture de muriate de fer.

L'état général du patient reste le même pendant à peu près un mois. La dyspnée est toujours assez considérable, mais le niveau du liquide épanché dans les deux plèvres ne s'élève qu'insensiblement. L'urine est secrétée en moindre quantité ;

(1) Flint.

elle renferme toujours de l'albumine et des débris de tubules. L'amblyopie augmente de jour en jour et bientôt le malade est incapable de distinguer les traits d'une personne placée à cinq pas de lui. L'examen du fond de l'œil révèle l'existence d'une *rétinite albuminnurique* c.-à d. plaques blanches parsemées de petits stries hémorhagiques et siégeant dans la rétine particulièrement au voisinage de la papille. En outre la papille est le siège d'un œdème considérable et bien caractérisé, indiquant un épanchement probable au voisinage du nerfoptique.

Le 10 juillet surviennent des convulsions. Ces convulsions présentent tous les caractères de celles que l'on rencontre dans l'intoxication urémique. Elles se répètent deux ou trois fois dans la journée du 15. Le 16, le malade est plus affaibli, la dyspnée semble plus considérable; les convulsions ont cessé. L'examen ophthalmoscopique révèle les mêmes lésions que ci-dessus. L'œdème papillaire est très considérable et sa présence dans ce cas corrobore assez bien l'opinion de ceux qui rapportent les convulsions de la maladie de Bright à la présence de l'œdème cérébral.

Du 16 juillet au 5 septembre, le patient passe par des alternatives de mieux et de pis, affaiblissant graduellement toutefois, mais sans aucune attaque convulsive. La dyspnée est toujours intense; l'œdème est surtout prononcé à la face et aux extrémités inférieures; l'appétit se conserve assez bien malgré tout.

Le 5 septembre il y a déjà forte tendance au coma; le malade tousse davantage et expectore un peu de sang; râles sous crépitants au sommet du poumon gauche. Le coma est complet le 7, et le malade meurt le 10 sans avoir eu d'autres convulsions.

Autopsie faite trente heures après la mort. Il y a anasarque généralisé, tout le tissu cellulaire sous cutané étant infiltré. La cavité pleurale droite renferme deux chopines d'un liquide séreux, de couleur citrine; pas d'adhérences. Du côté gauche la plèvre viscérale adhère fortement dans une certaine partie de son étendue, surtout en haut et en dehors, à la plèvre pariétale. Cette cavité ne renferme que deux ou trois onces de liquide à peu près. Le poumon droit est sain; le gauche est hépatisé à sa partie supérieure. Le péricarde contient environ une pinte d'un liquide semblable à celui épanché dans la plèvre. Ça et là aussi quelques flocons de fibrine de consistance molle, indice d'une péricardite secondaire. Le liquide épanché dans le péricarde est cependant en très grande partie d'origine hydropique. Le cœur est hypertrophié. Les valvules normales.

La rate est plus petite qu'à l'état normal, le foie est congestionné passivement. Le rein droit à peu près de grosseur normale; celui du côté gauche est très petit, contracté et dégénéré.

La cavité péritonéale renferme environ une chopine d'un liquide séreux et citrin.

Eu égard à des circonstances incontrôlables, le crâne et le cerveau n'ont pu être examinés.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De la perte subite de connaissance; diagnostic différentiel. Par R. O. Beard, M. D. (Traduit du *Chicago Medical Journal and Examiner.*)—*Suite et fin.*

Coma alcoolique.—De prime abord, il semblerait que, de toutes les formes que peut revêtir la perte de connaissance celle-ci soit la plus facile à reconnaître, et cependant, aucun état morbide n'a été, plus que celui-ci, la cause d'erreurs de diagnostic et, par là même, de méprises sérieuses dans le traitement.

Trop souvent, le diagnostic *d'ivresse* a été porté dans des cas où les malades, outre qu'ils ont souffert des résultats désastreux d'un traitement non approprié, ont dû se voir l'objet d'imputations très injurieuses et de nature à les compromettre pour toujours.

Dans l'ivresse, l'odeur de l'alcool dans l'air expiré est d'un grand secours pour le diagnostic, mais même avec cette preuve là, il ne faut pas oublier qu'un accident peut arriver à une personne se trouvant à ce moment-là même en état d'ivresse et produire alors la commotion ou la compression du cerveau; on se rappellera également que l'hémorrhagie cérébrale peut aussi se manifester chez un individu ivre.

L'absence de paralysie, la présence d'un relâchement musculaire complet et d'anesthésie, l'état du pouls, de la respiration et de la peau, sont tous dignes d'attirer l'attention, mais l'état de la température et des pupilles nous fournit assurément la meilleure preuve. Une température basse, quelque-

fois remarquablement basse, n'est pas absolument particulière à l'alcoolisme aigu si on compare cette forme de coma aux autres variétés de la même maladie, mais en aucun cas, excepté dans l'empoisonnement urémique, nous ne rencontrons un aussi fréquent et aussi considérable abaissement de la température.

Le Dr Wm MacEwen, de Glasgow, rapporte cinquante cas, observés dans plusieurs circonstances différentes et dont l'échelle thermique indique un abaissement de température de 97°, 9 à 83° 4 F. Cette échelle est tracée d'après la température rectale, qui, selon Winderlich, est toujours d'un demi degré à un degré plus élevé que la température axillaire. On peut donc établir que dans le coma alcoolique la température peut descendre jusqu'à cinq degrés au-dessous de la normale. Le même observateur réclame la précocité d'invention pour un signe suivant lui absolument pathognomonique et qui autant que mes observations me permettent d'en juger, est un moyen de diagnostic important dans les cas douteux, et exclut toute coincidense de maladie ou de lésion quelconque.

Le Dr MacEwen établit que dans le coma alcoolique essentiel, les pupilles sont invariablement contractées tant que le malade garde un repos complet mais qu'elles se dilatent aussitôt que le patient est soumis à l'action d'un *stimilus* capable de le tirer un tant soit peu de ce sommeil, pour se contracter de nouveau dès que le sujet retombe dans le coma. L'auteur rapporte cinquante cas dont quarante-huit se contractèrent de cinq à trente minutes après l'application de l'agent excitant. Dans les deux cas qui ont fait exception, on a découvert qu'il y avait eu antérieurement, une maladie de l'iris à la suite de laquelle cette membrane était restée fixe et incapable de se dilater ou de se contracter.

Depuis la publication de ces faits, j'ai essayé, chaque fois que l'occasion s'en est présentée, de faire l'expérience en question et dans tous les cas, la pupille s'est comportée exactement comme l'a établi le Dr MacEcren. Cette particularité ne se rencontre dans aucun autre cas de coma et doit être, si l'expérience continue à être confirmée, un signe d'une grande valeur dans le diagnostic du coma alcoolique.

Le narcotisme produit par l'opium suit une marche si rapidement fatale qu'il nécessite un prompt diagnostic· Au défaut de l'action du remède, le patient peut être momentanément éveillé. L'odeur de l'opium peut ordinairement être découvert; on devra avoir présent à la mémoire les signes suivants: relâchement musculaire complet, suppression de toutes les sécrétions excepté celle de la peau qui est abondante, vomissement ordinairement opiniâtre. pupilles fortement contractées

et insensibles, température légèrement abaissée, et autres symptômes généraux.

Les symptômes de narcotisme produits par les autres narcotiques sont les mêmes. Dans l'empoisonnement par le chloral on remarque la dilatation au lieu de la contraction des pupilles quand l'empoisonnement résulte d'une accumulation lente du médicament dans l'économie.

En terminant cet examen des causes de la perte subite de connaissance j'attirerai votre attention sur la commotion cérébrale, la contusion et la compression du cerveau.

Il est assez difficile d'établir un diagnostic positif entre ces divers états pathologiques, vû que la plupart du temps ils existent simultanément dans un cas donné. Le Dr Bryant dit positivement que " la perte de connaissance est toujours, dans les cas fatals, associée à la contusion du cerveau " et d'après les rapports de *Guy's Hospital* nous voyons que dans chaque cas de commotion cérébrale suivie de mort, il y avait altération de la substance du cerveau.

A la vérité la compression se rencontre souvent seule, mais il ne faudra pas oublier que l'épilepsie ou l'apoplexie peut survenir dans un cas où tout cependant serait de nature à nous faire croire à un accident ou à une chûte.

Beaucoup de chirurgiens pensent que la commotion cérébrale pure et simple n'est guère autre chose qu'une perturbation passagère, et certainement il est difficile de croire que dans les cas ou le coma persiste pendant des heures et même des jours, il n'y ait pas quelque complication fâcheuse. Dans la commotion cérébrale la perte de connaissance est ordinairement subite et complète.

On définit la contution cérébrale "une attrition soudaine et violente de la substance cérébrale, accompagnée de plus ou moins de lacération et d'effusion sanguine," cette effusion se présente généralement sous forme de petits points hémorrhagiques. Elle ne nécessite pas nécessairement une blessure du crâne. Les symptômes, à part ceux de la commotion et de la compression, sont peu connus.

La compression cérébrale d'origine traumatique peut dépendre de la pression des fragments de la table interne ou externe du crâne, ou d'un caillot formé au-dessous du siége de la blessure.

Il s'écoule ordinairement un court intervalle entre l'accident et la perte de connaissance.

L'identité absolue de ces symptômes et de ceux qui se rencontrent dans l'hémorrhagie cérébrale à forme idiopathique, indique que les résultats sont substantiellement les mêmes dans les deux cas.

Quant aux symptômes généraux qne l'on trouve dans ces cas je vous renvoie à la table sommaire qui se trouve à la fin de cette étude, et qui permet de faire une comparaison plus facile :

Il faut observer que dans bien des cas les moyens de diagnostic que nous possédons sont à présent très limités, et que ceux qui sont le plus clairement définis sont souvent obscurcis par diverses complications.

Il ne nous reste donc qu'à traiter brièvement du *modus operandi* des différentes causes qui ont pour résultat la perte de connaissance.

L'autopsie ne jette que peu de lumière sur le *modus operandi* des causes, que nous avons étudiées mais si nous rapprochons les quelques faits recueillis de cette manière des faits cliniques déjà obtenus nous en venons presque nécessairement à la conclusion que pour la production de la perte de connaissance une condition pathologique est nécessaire, un manque de sang artériel ou oxygèné dans les vaisseaux du cerveau. Si nous admettons cela, nous nous expliquons tout de suite la difficulté éprouvée à distinguer entre elles ces diverses conditions pathologiques dans le fait que, bien que celles-ci soient produites par des causes variant beaucoup en nature, dégré et intensité, le résultat ultime—manifesté par la perte de connaissance est le même dans chaque cas. Ainsi, dans la syncope,—forme la plus simple de perte de connaissance, nous constatons une ischémie des couches corticales du cerveau, causée soit par un arrêt de la circulation générale, soit par une hémorrhagie abondante dans une autre partie du corps, soit enfin par un état d'anémie chronique. Dans la catalepsie et l'hystérie cérébrale, les symptômes nous indiquent que le même phénomène (ischémie) se passe dans les couches corticales, soit à cause d'un dérangement des fonctions nerveuses, se manifestant probablement au moyen du système vaso-moteur, et amenant une contraction tonique des artérioles du cerveau. Dans la commotion cérébrale la théorie de la paralysie vasculaire affectant les vaisseaux de la portion corticale du cerveau, et amenant l'anémie artérielle avec stase veineuse secondaire, nous donne la meilleure explication possible des phénomènes observés.

Enfin, considérant le fait que dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible qu'une paralysie vasculaire persiste aussi longtemps, il faut admettre que la véritable commotion n'est que de courte durée.

L'insolation nous présente un peu plus de complications mais il est probable, comme Niemeyer le fait remarquer que

l'état fébrile du sang, causé par l'exposition trop prolongée à une chaleur excessive, est accompagné d'une diminution dans le pouvoir oxygénant de ce liquide.

L'épilepsie a aussi été jusqu'à présent très obscure au point de vue de la pathologie, mais des nécrologistes de renom appuient la théorie que le coma est du à une anémie générale du cerveau, et que les convulsions sont causées par une irritation du *centre convulsif*, résultant d'une hyperémie ou congestion. Cette question, sans aucun doute, demande à être confirmée par l'expérience.

Dans les états toxiques que nous avons passés en revue on peut fort bien rattacher les troubles des fonctions cérébrales à l'influence de l'agent toxique soit que celui-ci agisse directement sur le sang, comme dans l'anémie et l'asphyxie, ou sur le cœur et les vaisseaux par l'intermédiaire du système nerveux, comme dans le narcotisme par l'opium, ou sur les deux, en même temps, comme dans l'empoisonnement alcoolique.

Quelque soit le mode d'action, les résultats semblent être toujours les mêmes dans chaque cas : destruction ou affaiblissement du pouvoir oxygénant du sang, ou modification de la circulation dans la substance cérébrale.

Dans l'hémorrhagie cérébrale et méningée, ainsi que dans la compression traumatique le même effet est produit par la seule pression mécanique.

Le Dr Bryant fait observer que " dans ces cas, qu'il y ait eu violence extérieure ou hémorrhagie, la perte de connaissance se manifeste aussitôt que la pression intra crânienne atteint les capillaires des couches corticales " et il est probable qu'elle commence même avant que ce point là soit atteint.

La rupture d'un abcès dans la substance cérébrale produit mécaniquement le même effet, de même, une embolie, en obstruant les artères du cerveau amène une pression en un certain endroit et comme conséquence, une anémie locale plus circonscrite, ce qui explique la légèreté et le peu de durée des symptômes dans ce dernier cas.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES CAUSES.

	CAUSES.	POULS.	RESPIRATION.	TEMPÉRATURE.	PUPILLES.
1	CONGESTION CÉRÉBRALE.	Lent et plein.	Lente et laborieuse, *Pas* stertoreuse.	Au-dessus de la normale.	Contractées ; réaction faible.
2	HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.	Lent, plein, souvent irrégulier.	Lente, laborieuse et stertoreuse.	1° Au-d'sus de la norm'le. 2° Plus tard redevient " 3° Plus tard encore s'él'v. rapidement (105°-70°).	Variables, inégales, insensibles à la lumière.
3	HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE.	Lent, plein, et irrégulier.	Lente et stertoreuse.	Variable.	Variables, insensibles à la lumière.
4	EMBOLIE CÉRÉBRALE.	Lent, faible et petit.	Lente et pleine.	Légèrement abaissée.	Normales.
5	CÉRÉBRITE.	Rapide et irrégulier.	Superficielle et irrégulière.	Plus élevée que la normale.	Normales.
6	SYNCOPE.	Rapide et filiforme ou éteint.	Faible et calme.	Au-dessus de la normale.	Dilatées.
7	EPILEPSIE.	Rapide, faible et irrégulier.	Difficile, irrégulière, souvent suspirieuse.	Elevée (105°) Fah.	D'abord dilatées ; plus tard contractées. Insensibles à la lumière.
8	CATALEPSIE.	Fréquence normale : faible.	Lente et régulière.	Normale.	Dilatées et très sensibles à la lumière.

9	HYSTÉRIE CÉRÉBRALE.	Petit, faible, mais régulier.	Rapide et tranquille.	Normale.	Normales.
10	INSOLATION.	D'abord lent et plein. Plus tard, rapide, faible et fréquent.	Rapide et légèrement stertoreuse.	Très élevée. (104° -110° Fah.)	Contrac ées. Insensibles à la lumière.
11	URÉMIE.	Lent, faible et irrégulier.	Lente, laborieuse et stertoreuse.	S'abaisse graduellement.	Dilatées et insensibles à la lumière.
12	ASPHYXIE.	Lent et faible.	Lente, faible et suspirieuse.	Abaissée.	Variables ; ordinairement contractées.
13	IVRESSE ALCOOLIQUE.	Petit, faible et fréquent.	Lente et laborieuse. Quelquefois stertoreuse.	Très abaissée.	Se dilatent sous l'action d'une stimulation quelconque, puis se contractent de nouveau.
14	EMPOISONNEMENT PAR OPIUM (COMA).	Petit, faible et irrégulier.	D'abord accélérée. Plus tard, superficielle et lente.	Normale ou un peu abaissée.	Très contractées. Insensibles à la lumière.
15	COMMOTION CÉRÉBRALE.	Lent, faible et intermittent.	Faible, suspirieuse ou presque nulle.	Au-dessus de la normale.	I égales. Réaction faib e.
16	CONTUSION DU CERVEAU.	Lent et faible.	Lente, mais calme.	Normale ou légèrement élevée.	Contractées. Insensibles à la lumière.
17	COMPRESSION CÉRÉBRALE.	Lent, mou et irrégulier.	Lente, laborieuse et stertoreuse.	Variable; s'élève ordinairement.	Dilatées ou inégales. Insensibles à la lumière.

DE LA PERTE SUBITE DE CONNAISSANCE.

	MOUVEMENT.	INTELLIGENCE.	SENSATION.	SENS SPÉCIAUX.	FACE.	AUTRES SYMPTOMES.
1	Paralysie partielle. Mouvements réflexes se font moins bien.	Totalement ou partiellement perdue.	Diminuée.	Partiellement altérées.	Congestionnée ou cyanosée.	Distension des veines de la face et du cou. Hypérémie de la rétine.
2	Hémiplégie. Pouvoir réflexe anéanti.	Complètement anéantie.	Entièrement perdue.	Altérés.	Variable.	Relâchement ou paralysie des sphincters. Déglutition imparfaite. Ptosis fréquent.
3	Paralysie plus ou moins générale. Phénomènes réflexes intacts.	Anéantie.	L'anesthésie accompagne la paralysie.	Quelque peu altérés.	Variable.	Relâchement des sphincters. Ordinairement vomissement.
4	Hémiplégie, ordinairement du côté droit. Action réflexe normale.	Momentanément anéantie.	Partiellement perdue.	Normaux.	Pâle.	
5	Relâchement musculaire. Légères convulsions. Action réflexe anéantie.	Anéantie.	Hypéresthésie.	Intacts.	Variable.	Signes généraux de l'inflammation.
6	Relâchement musculaire. Actes réflexes intacts.	Anéantie.	Altérée.	Altérés.	Très pâle.	Souffles cardiques et veineux.
7	Convulsions. Action réflexe quelque peu altérée.	Anéantie.	Anéantie.	Altérés.	Pâle, avec teinte cendrée.	Tremblement des paupières. Globes oculaires proéminents. Morsure de la langue.
8	Rigidité musculaire. Troubles des actes réflexes.	Anéantie.	Altérée.	Partiellement altérés.	Pâle.	Anémie de la rétine. Tremblement des paupières.

9	Normal.	Partiellement anéantie.	Emoussée.	Quelque peu altérés.	Naturelle.	Mouvements spasmodiques des yeux et des paupières.
10	Relâchement musculaire. Action réflexe affaiblie.	Complètement anéantie.	Altérée.	Altérés.	Variable.	Peau rude et chaude. Vomissements et diarrhée.
11	Convulsions épileptiformes. Action réflexe affaiblie.	Anéantie.	Altérée.	Altérés.	Pâle.	Anasarque. Haleine à l'odeur d'urine. Albumine et débris de tubules dans l'urine.
12	Convulsions Diminution de l'action réflexe.	Anéantie.	Altérée.	Troublés.	Variable.	
13	Relâchement musculaire. Mouvements réflexes anéantis.	Anéantie.	Anesthésie complète.	Altérés.	Congestionnée.	Odeur de l'alcool dans l'air expiré.
14	Relâchement musculaire complet. Actes réflexes anéantis. Convulsions dans l'empoisonnement par la morphine.	Anéantie.	Altérée.	Altérés.	Pâle e abattue. Quelquefois livide.	Odeur de l'opium dans l'haleine. Vomissements Arr. t des s c étions sauf celle de la peau.
15	Muscles faibles et flasques. Actes réflexes altérés.	Abolie.	Entièrement perdue.	Action faible.	Très pâle.	Surface cutanée froide. Vomissements fréquents. Paralysie de la vessie et des sphincte s.
16	Rigidité musculaire; légers spasmes de la face; paralysie des paupières. Actes réflexes altérés.	Abolie.	Altérée.	Altérés.	Pâle.	Relâ hement des sphicters.
17	Hémiplégie. Actes réflexes abolis.	Abolie.	Entièrement perdue.	Inactifs.	Très pâle.	Déglutition impossible. Paralysie des sphicters. Ret. ntion d'urine.

Traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire par le bicarbonate de potasse et le bicarbonate de soude, par le Dr J. M. Blackerby, (Traduit du *Therapeutic Gazette*, Mai 1882).

Depuis plusieurs années, j'ai employé le bicarbonate de potasse et de soude dans le traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire, et toujours avec un succès marqué. Si l'on me demande pourquoi ces deux médicaments sont si efficaces dans le traitement des névralgies, je répondrai que pendant longtemps, mon expérience à ce sujet n'a été qu'empirique. Souvent, j'ai dû prescrire ces médicaments, soit seuls, soit combinés ensemble, contre certaines maladies requérant un traitement alcalin et accompagnées de névralgie ou de rhumatisme musculaire et j'ai constaté que vers la fin de la maladie et souvent même avant cela, l'affection concomittante (névralgie etc) était guérie ou du moins améliorée. Je résolus alors d'approfondir le *modus operandi* de cette médication et bientôt une occasion favorable se présenta. Il s'agissait d'une femme d'un certain âge et affectée de névralgie trifaciale. Comme cette malade était exposée à de piquantes attaques de cette maladie elle désirait avoir un remède qui put, si non la guérir, du moins soulager ses souffrances.

Mon examen munitieux me fit découvrir chez cette femme les particularités suivantes :

Pouls ferme, dur et violent, 98 à la minute ; langue large et couverte d'un enduit léger mais pâteux ; les muqueuses buccale, nasale et oculaire étaient pâles. Les yeux larmoyants. L'urine de couleur foncée, en petite quantité et très ammoniacale. Intestins assez réguliers, selles argileuses et quelquefois brunes. Crachats épais et visqueux. Voyant cela je commençai le traitement en prescrivant ce qui suit :

℞ Bicarb. Pot..... ℥ ss j
" Soude..... ℥ j

Mêlez et pulvérisez.

Je fis prendre une cuillerée à thé de ce mélange, dans un verre d'eau froide, et répéter la dose toutes les six heures. A ma visite le lendemain je trouvai la malade entièrement soulagée. Je cherchai alors à m'expliquer comment s'était opéré la guérison. A mon avis, il semble évident qu'il y avait ici suracidité du sang. Après cela on devait se rendre compte du résultat obtenu.

Je résolus alors de continuer mes expériences lorsque l'occasion se présenterait.

Comme la névralgie est une affection que l'on rencontre assez fréquemment j'eus ample occasion d'expérimenter les propriétés des remèdes en question et cela, je puis le dire par expérience, avec les plus heureux résultats pour les sujets souffrant de cette cruelle maladie. Il arrive très souvent dans ma clientèle, que l'on vienne à mon bureau ou que l'on aille chez le pharmacien pour me demander une once du *remède antinévralgique*, certaines personnes mêmes en gardent constamment une petite provision avec eux et s'en administrent une dose au moindre indice de névralgie.

Sans pouvoir dire positivement que ces alcalins soient aussi efficaces dans le traitement du rhumatisme musculaire, j'affirme pourtant que dans chaque cas de rhumatisme musculaire que j'ai eu occasion de traiter ainsi et qui présentait les symptômes ci-dessus énumérés, j'ai obtenu plein succès et guérison complète.

Il y a quelques mois un monsieur vint me consulter, se plaignant de douleurs dans le bras droit et les deux jambes; étant sous l'impression qu'il souffrait de rhumatisme il désirait en être débarrassé. Il avait déjà fait usage de pilules bleues, et employé plusieurs liniments, et autres topiques, mais tout cela sans aucun résultat satisfaisant. Bien que la douleur ne fut pas assez intense pour empêcher cet homme de vaquer à ses affaires, ou pour chasser le sommeil, elle lui causait cependant beaucoup d'ennui et il désirait la voir disparaître le plus tôt possible.

Je lui donnai alors la prescription ci-dessus avec ordre d'en prendre 1 cuillerée à thé dans un verre d'eau froide toutes les quatre heures jusqu'à ce qu'il en eût pris quatre doses, et ensuite une dose tous les six heures jusqu'à guérison. Je le rencontrai quelque temps après et il m'a dit qu'après avoir pris les quatre doses il se trouva bien, mais que pour assurer une guérison complète il voulait continuer à prendre la poudre encore pendant quelque temps. Depuis, ce patient n'a plus souffert de rhumatisme musculaire ni de névralgie quoique son occupation journalière aux variations de l'atmosphère l'exposât beaucoup.

Il y a quatre mois, ayant été moi même exposé à l'humidité, je fus pris, peu de jours après, de rhumatisme musculaire siégeant à l'épaule et au bras du côté gauche. Après avoir, sans résultat, essayé plusieurs médicaments j'eus recours à la même préparation et fus entièrement guéri au bout de deux jours.

Je suis si satisfait des bons résultats obtenus déjà au moyen de ce remède, que dans tous les cas des maladies ci-haut men-

tionnées se présentant avec les caractères que je viens aussi d'indiquer, je le prescris avec la plus grande confiance, et sans même douter du succès.

Etant donc donné un cas de névralgie où il y aurait lieu de croire à un état acide du liquide sanguin, je répondrais de la guérison, pourvu, cela va sans dire, qu'il n'y ait eu aucune erreur de diagnostic.

—

Méningite suite de delirium tremens.—Nous lisons dans *Le Scalpel*, de Liége: M. le Dr Albert Robin a présenté à la Société de Biologie, un travail très intéressant dans lequel il établit que le *delirium tremens* se transforme parfois en une méningite aiguë. Il est important que ce fait soit connu. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé:

1° Le *delirium tremens*, non fébrile, peut, dans des circonstances encore assez rares, se terminer par méningite aiguë;

2° Dans les trois observations citées, cette méningite était localisée à la convexité du cerveau;

3° L'apparition de la méningite est caractérisée entre autres symptômes par une élévation rapide et assez considérable de la température axillaire; par conséquent la fièvre qui se déclare rapidement dans le cours du *delirium tremens* apyrétique acquiert une importance pronostique grave toute particulière et doit faire songer à la méningite quand on ne trouve pas d'autre affection qui puisse l'expliquer;

4° La marche de ces méningites terminales paraît plus rapide que celle de la méningite ordinaire;

5° Leur expression symptomatique est parfois incomplète; mais elles peuvent cependant apparaître avec leurs signes cliniqnes habituels.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Le pansement à l'iodoforme.—Depuis que nous avons traité cette question (*Union Médicale*, Fév. 1882 p. 74) les chirurgiens allemands ont, par leurs expérimentations cliniques, jeté un jour nouveau sur les avantages et les inconvénients de l'iodoforme. Un article du Dr Roswell Park, publié dans les *Annals of Anatomy and Surgery*, livraison de juillet, et auquel nous empruntons largement, mettra nos lecteurs au courant de cette question d'actualité.

Le pansement à l'iodoforme, dit-il, est employé dans les hôpitaux de Vienne à l'exclusion presque complète de tous les autres. Mosetig-Moorhof a traité par cet agent, environ sept mille cas de tous les degrés de gravité. Sur ce nombre immense, il n'a jamais eu occasion de constater les symptômes d'empoisonnement dont parlent Koenig, Schede, Kocher et autres. Cela dépendrait-il du mode d'emploi particulier qu'il a adopté : Mosetig en effet, n'emploie jamais l'iodoforme conjointement au spray et aux irrigations phéniques, parce que dit il, l'acide carbolique étant éliminé par les reins, l'élimination de l'iodoforme par les mêmes émonctoires est entravée si on emploie le spray pendant ou même avant l'opération. Comme preuve il cite deux cas de Koenig dans lesquels on ne put trouver d'iode dans les urines que trois jours après l'opération. Cette explication, malgré l'autorité de son auteur n'est pas acceptée des autres chirurgiens.

A l'Hôpital général de Vienne, Billroth, Albert, Dittel et Weinlechner ont adopté à peu près la même routine et sont imités par les chirurgiens de tous les grands hôpitaux civiques et militaires.

A la clinique de Billroth on n'emploie jamais le spray. La partie sur laquelle on opère est lavée au savon et à l'eau carbolisée, puis soigneusement lotionnée à l'acide carbolique. Tous les instruments sont immergés dans de l'eau carbolisée ainsi que les éponges. Avant de procéder au pansement on lotionne parfaitement la plaie avec une solution à 3 p. 100. On panse avec la gaze à l'iodoforme au lieu de celle de Lister, sans protective ; on recouvre la gaze d'une couche moyennement épaisse de coton absorbant, puis celui-ci d'un tissu analogue au mackintosh. Le tout est solidement et proprement recouvert d'un large bandage de gaze forte.

Dans certains cas, l'iodoforme peut être saupoudré sur la plaie : sous le périoste dans les amputions souspériostées : entre les extrémités des os dans les résections ostéoplastiques : sur la surface interne des lambeaux après l'extirpation des tumeurs.

Le tube à drainage n'est pas aussi nécessaire que dans le procédé de Lister. Sous l'influence de l'iodoforme, la suppuration est moins abondante et prend presque le caractère d'un exsudat séreux.

Les indications de renouveler le pansement sont à peu près les mêmes que sous le régime listérien ; la principale se trouve dans la température qui s'élève après avoir été normale pendant plusieurs heures ou plusieurs jours La douleur, la cuisson, la démangeaison de la plaie constituent des indi-

cations secondaires qu'il faut surveiller. Mais si on tient compte de la propriété que possède l'iodoforme de calmer la douleur, on ne devra pas s'attendre à rencontrer souvent ces derniers symptômes qui résultent. en effet, bien souvent, d'un bandage mal appliqué ou trop serré.

Incontestablement, continue Roswell Park, l'iodoforme est supérieur à l'acide carbolique comme antiseptique. Bien plus on ne saurait nier qu'il provoque l'absorption plus rapidement qu'aucun autre agent médicinal. C'est la raison pour laquelle les syphiligraphes et les dermatologistes en font un si fréquent et si heureux usage (en solution éthérée) dans les bubons et les engorgements glandulaires scrofuleux.

Voilà le beau côté de la question, mais il y a un revers. Le pansement à l'iodoforme après avoir régné seul pendant plus d'un an dans les hôpitaux d'Allemagne et d'Autriche a fini par donner naissance à des arrières pensées, à des craintes, presqu'à une panique. Après avoir vu Gussembouër à Prague, dans un cas de résection du coup-de-pied, *bourrer* la plaie de 220 grammes (7 onces) d'iodoforme sans aucun résultat fâcheux, Schede (in Gaz. Méd. de Paris) nous rapporte des accidents toxiques graves produits par l'emploi d'un gramme (18 grains) de la même substance et le Dr Bermann de Baltimore, (in Maryl- Med. Journal), un empoisonnement presque fatal produit par l'application de deux ou trois grains d'iodoforme dans un cas de carie de l'oreille moyenne. Kocher, Koenig, Czerny, Kuster, Podrazki et autres ont accumulé un nombre considérable de faits cliniques tendant à mettre en relief les propriétés toxiques de l'iodoforme. D'après Kuster, (in Med. and Surg. Rep.) il agit comme un corps étranger et produit des trajets fistuleux par lesquels il est rejeté au dehors, il peut produire un phlegmon, probablement par irritation mécanique; il protège moins que l'acide carbolique contre l'érysipèle; trouble la digestion, produit la fièvre, irrite les centres nerveux, peut amener le délire, la mélancholie, la contraction ou la dilatation des pupilles, l'amblyopie et même la manie et la mort par irritation des centres respiratoires tout cela, remarquons-le bien sans qu'on puisse établir de rapport fixe entre la dose du médicament et la gravité des accidents. Assurément, on ne saurait traiter à la légère les observations d'hommes aussi éminents. Que conclure, alors, de faits en apparence au moins, si contradictoires? " Il n'y a aucun rapport constant," dit M. E. Recklin, (Gaz. Méd. de Paris, 13 mai, 1882) à établir entre la fréquence de ce genre d'accidents et la quantité d'iodoforme mise à la surface de la plaie. Parler d'idiosyncrasies, c'est ne rien expliquer du tout. On a cher-

ché la clef de l'énigme dans la facilité que certaines plaies, par leur siège, par la texture des tissus qu'elles intéressent, offrent à la résorption de l'agent toxique. D'autres ont fait ressortir l'analogie existant entre les symptômes qui caractérisent l'intoxication iodoformique d'origine chirurgicale chez l'homme et ceux qui ont été observés chez les animaux empoisonnés par cette même substance (Binz et Hoegyer). Dans les deux cas, on observe les manifestations d'une paralysie cardiaque et d'une suractivité morbide des centres psychomoteurs. On peut donc, *a priori*, considérer comme des contre-indications à l'emploi de l'iodoforme le mauvais état du cœur et la susceptibilité innée ou acquise des centres nerveux (*neurasthénie*). Les observations connues jusqu'à ce jour témoignent d'une fréquence croisaante de l'intoxication par l'iodoforme chez les vieillards, dont le cœur et le cerveau sont presque toujours atteints dans leur intégrité fonctionnelle ou organique,"

Quoiqu'il en soit de cette appréciation que nous sommes bien disposé à accepter, les nombreux accidents produits par les premiers essais de l'iodoforme n'ont pas infirmé la valeur du médicament, tant s'en faut, mais ont amené les chirurgiens à rejeter l'emploi des doses massives d'iodoforme en nature, et de la ouate à l'iodoforme ; les premières à cause du danger d'absorption et la seconde en raison de l'obstacle qu'elle oppose quelquefois à l'écoulement des sécrétions de la plaie, on choisit de préférence la gaze à l'iodoforme (1) et on procède comme suit : (Med. and Surg. Rep., 12 août 1882.)

1° Sur toutes les blessures récentes, de nature non tuberculeuse, qu'on y ait ou non appliqué des points de suture, appliquez plusieurs doubles, 6 x 8 de gaze à l'iodoforme et recouvrez successivement d'une compresse de coton, d'un papier de gutta percha et d'un bandage de tulle.

2° Dans les cas de plaies tuberculeuses des os, des articulations ou des parties molles, saupoudrez une seule fois les parois de la plaie avec tout juste ce qu'il faut d'iodoforme pour en mettre toutes les parties en contact avec le médicament (1½ à 2 drachmes suffiront dans tous les cas) suturez ou non suivant le cas et procédez comme ci-dessus (1). Dans les pansements subséquents ne changez que la gaze et la compresse sans saupoudrer d'iodoforme à nouveau. Cette manière de procéder produit des résultats de beaucoup supérieurs à ceux de la méthode de Lister.

3° Dans toutes plaies des cavités (bouche, nez, vagin, rectum), on ne fait usage que de la gaze iodoformée.

---

(1) Voir *Union Médicale*, Février 1882, p. 86.

Il va sans dire que pendant l'opération et chaque fois qu'on renouvellera le pansement, on prendra les précautions antiseptiques ordinaires, a l'exception du spray ; à savoir : lavage du champ opératoire, des mains de l'opérateur et des aides ; lotion de la plaie avec une solution d'acide carbolique à 2 p. 100 pendant et à 5 p. 100 à la fin de l'opération. On devra surtout surveiller ce dernier point vu que l'action désinfectante de l'iodoforme n'est pas immédiate comme celle de l'acide carbolique.

— A. L.

Traitement de la constipation chez les hémorrhoïdaires.—Ce n'est point du traitement des hémorrhoïdes qu'il va être question, mais seulement des moyens de prévenir et de combattre certaines complications d'ordre mécanique dues à l'obstruction du gros intestin par le bourrelet hémorroïdal, et qu'on observe principalement chez les sujets affectés d'hémorroïdes *internes*, qui passent facilement inaperçues. Chez les sujets de cette catégorie, tout ce qui congestionne les organes du petit bassin produira la turgescence des veines hémorroïdales variqueuses, et les efforts de défécation produisent ce résultat. Or, si l'expulsion des matières fécales nécessite des efforts excessifs, c'est à cause des hémorrhoïdes préexistantes qui, oblitérant le rectum, amènent l'accumulation de fœces et surtout des gaz dans la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle d'où flatulence, atonie gastro-intestinale, et cet ensemble de symptômes qui constituent l'état dyspeptique. On tourne, en fin de compte, dans un cercle vicieux, les hémorrhoïdes, développées sous l'influence d'une cause ou d'une autre, engendrant la constipation et celle ci aboutissant à aggraver les hémorrhoïdes.

Différentes indications sont donc à remplir pour régulariser le cours des matières : éloigner du malade tout ce qui pousse aux hémorrhoïdes, agir sur la dilatation variqueuse des veines hémorrhoïdales à l'aide de moyens capables de réduire l'obstacle combattre directement l'élément consécutif, la constipation, et qui devient à son tour une cause d'aggravation.

La première indication se rapporte surtout à des prescriptions diététiques et hygiéniques. Beaucoup de gens sont prédisposés aux hémorrhoïdes en vertu de l'hérédité, cela est parfaitement exact ; mais il n'en est pas moins vrai que l'apparition des hémorrhoïdes reconnait le plus souvent pour cause déterminante une hygiène ou une alimentation defectueuse. C'est ainsi que chez les gens qui mènent une vie sédentaire et qui restent longtemps assis, le choix du siège est une chose de

grande importance. C'est là une notion vulgaire sur laquelle nous ne croyons pas devoir insister. Quant à l'influence de l'alimentation, tout ce qui passe pour échauffant aux yeux du public, c'est-à-dire tout ce qui favorise la constipation, prédispose aux hémorrhoïdes, et comme tels il faut citer surtout les légumes secs, les viandes de porc, de mouton, les aliments gras. Le *lait*, le café au lait, le *vin blanc*, les liqueurs alcooliques, les *mets glacés*, conviennent fort mal aux sujets déjà en possession d'hémorrhoïdes et doivent être défendus aux gens menacés de cette infirmité désagréable. Les légumes dits rafraîchissants, l'oseille, les épinards, qui entretiennent la liberté du ventre parce que, n'étant pas digérés, ils sont expulsés en nature et s'opposent à l'agglutination des matières fécales, sont, au contraire, parfaitement indiqués. De même pour les fruits. En somme, comme le conseille le professeur G. Sée, le régime qui réussit le mieux aux hémorrhoïdes paraît être l'alimentation par les potages, par les viandes de boucherie préalablement dégraissées (le porc et le mouton exceptés), par les légumes verts et les fruits. Comme boisson, on conseillera le vin rouge coupé d'eau, les eaux de table légèrement acidulées, la bière légère.

Pour réduire les bourrelets hémorrhoïdaires internes, qui ne sont encore pour le malade qu'une cause de gêne à peine appréciable, nous avons à notre disposition un médicament qui, sous ce rapport, jouit d'une action presque spécifique, c'est le soufre. On l'administre sous forme de fleur de soufre lavé associé au miel, suivant la formule :

Rec.	Soufre lavé.....	2 parties
	Miel.....	1 —

M. S. A. A prendre une demi-cuillérée à bouche tous les matins pendant quelques jours consécutifs. Renouveler la médication de temps en temps

Un autre mode d'administratiou du soufre consiste à le prescrire associé à la crème du tartre et à la magnésie, suivant la formule :

Rec.	Soufre lavé..... ...	Parties égales de chaque.
	Crème de tartre.....	
	Magnésie calcinée...	
	M. s. a.	

A l'action spécifique du soufre, cette mixture joint les propriétés absorbantes de la magnésie, activées par l'acidité de la crème de tartre (G. Sée). C'est à l'emploi de cette médication

qu'on aura recours lorsque l'on aura à traiter une constipation opiniâtre d'origine hémorrhoïdaire. Il faut savoir aussi que l'emploi d'autres évacuants peut faire plus de mal que de bien. Les purgatifs drastiques, et à leur tête l'aloès, sont tout particulièrement contre-indiqués. A ce propos, il fait bon savoir que certaines bières exotiques contiennent une certaine quantité d'aloès, tel le *stout*, qui est tout particulièrement nuisible aux hémorrhoïdaires. Les purgatifs salins, autres que ceux à base de magnésie, doivent également être rejetés, de même que l'emploi des graines mucilagineuses. "Les désobstruants mécaniques, dit M. G. Sée, peuvent offrir l'inconvénient de s'accumuler au-dessus de l'obstacle rectal ; si on les emploie, il faut qu'ils présentent peu de volume, comme le pain de son."

Nous n'avons pas à parler ici de l'emploi des moyens destinés à combattre les symptômes digestifs qui aboutissent à l'étranglement d'un bourrelet hémorrhoïdal : applications de sangsues, de glace à l'anus, bains de pieds sinapisés, saignée générale. Mais il est d'autres remèdes plutôt hygiéniques que médicamenteux, qui sont utiles à la fois pour combattre la turgescence des veines hémorrhoïdales et l'atonie du gros intestin qui en est la conséquence. Nous citerons l'hydrothérapie, sous forme de douches lombaires, de bains de siège dits *à aiguille*, c'est-à-dire donnés avec un appareil qui projette une douche filiforme sur la région du siège et active la circulation dans les organes du petit bassin. Les lavements d'eau fraîche sont également d'un emploi utile dans ces cas.— (*Vichy médical*).

—

Des conditions qui contre-indiquent la réunion immédiate, par Verneuil.—La réunion immédiate, dit M. Verneuil, comme toute opération chirurgicale, reconnaît diverses causes d'insuccès qu'on peut ranger sous deux chefs : *exécution défectueuse*, *application intempestive*. Cette dernière est malheureusement commune, parce qu'on ne tient pas assez compte des *mauvaises conditions de la plaie*, de l'*infection du milieu ambiant*, des *maladies générales du patient*. Aussi le chirurgien doit-il avoir présents à l'esprit les préceptes que le savant professeur formule ainsi :

1° La réunion immédiate est fondamentale, obligatoire, tantôt accessoire, facultative.

2° Dans les deux cas, elle présente des indications très différentes, une utilité très inégale, mais toujours les mêmes chances d'insuccès et les mêmes dangers.

3° Il faut accepter ces chances et ces dangers, en cherchant

sans doute à les atténuer autant que possible dans les cas où la réunion constitue toute l'opération, comme dans les anaplasties.

4° Mais, avant d'associer à une opération quelconque la réunion simplement adjuvante et facultative, il faut chercher si le blessé n'est pas atteint de quelque état constitutionnel qui ferait rejeter ou ajourner chez lui une réunion anaplastique.

5° Si cet état est reconnu, il faut le combattre par les moyens appropriés ; mais, s'il y a urgence ou si la thérapeutique ne peut plus rien, il faut s'abstenir, ne pas faire une tentative de réunion probablement inutile et dangereuse, et employer un autre pansement qui, à défaut d'une guérison rapide, offrira du moins plus de sécurité et d'innocuité.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Méthode pour prévenir la nécessité de l'avortement.—Dr Depaul, dans une de ses dernières lectures, recommande dans certains cas, l'iodure de potassium, une diète régulière et la saignée, pour diminuer le volume de l'enfant, et prévenir la nécessité de provoquer l'avortement.

Il cite le cas suivant à l'appui de sa recommandation : Il y a trente ans un marchand épousait une femme très rachitique, qui devint enceinte peu de temps après son mariage. On consulta un médecin, qui ne sachant que faire fit demander Paul Dubois, celui-ci pratique la perforation du crâne. Une deuxième grossesse survint, et Dubois consulté envoya la jeune femme à Depaul, elle était alors enceinte de quatre à cinq mois. Le bassin mesurait 7½ centimètre à 7¾. Depaul alors conseilla à la jeune femme de diminuer la quantité d'aliments qu'elle prenait, et de se soumettre à une diète rigoureuse, afin de pouvoir mettre au monde son enfant vivant, la recommandation fut écoutée, la jeune femme saignée à différentes reprises, suivit un régime de vie très affaiblissant. Depaul suivit les progrès de la grossesse, et plus particulièrement le développement de l'enfant, le huitième mois arrivé Depaul constata que l'enfant était réellement peu développé, il laisse les choses aller leur cours, ne pensant pas nécessaire de provoquer l'avortement.

Finalement, la femme arriva à la fin de son neuvième mois, et Depaul fut demandé ; la tête ne tarda pas à franchir l'angle

sacro vertébral, et l'accouchement se termina heureusement. L'enfant vécut, c'était un garçon; quoique très petit, il était assez fort. La même personne devint enceinte pour la troisième fois, Depaul n'en fut pas averti, et ce ne fut que vers le huitième mois et demi qu'il fut demandé. Il était trop tard pour avoir recours aux moyens employés dans l'accouchement précédent, et Depaul fut obligé de pratiquer la cephalotripsie. Au quatrième accouchement il fut averti à temps, le régime suivi au deuxième accouchement fut de nouveau suivi avec succès, l'enfant vécut et est encore vivant. Au cinquième accouchement, demandé seulement au moment de la délivrance, il ne réussit à avoir l'enfant que par l'opération. M. Depaul considère ce cas comme très concluant, et avec d'autres semblables, il en est venu à la conclusion que sa méthode devait être accompagnée de succès et pouvait être recommandée dans les cas de difformation du bassin, dans le but de prévenir autant que possible, l'avortement forcé.

Nous traduisons cet étude intéressante du *British Medical Journal.*

—

Pourquoi fait-on accoucher la femme dans le decubitus dorsal ?—M. Ludwig, dans une brochure, cherche à démontrer que le décubitus dorsal pèche gravement contre les lois de la mécanique, entrave les différents actes du travail et tourmente la parturiente en l'exposant, ainsi que son enfant à subir des dommages sérieux. C'est pour ces raisons qu'il recommande la position que prennent ordinairement les femmes sauvages et celles qui sont abandonnées à leur instinct, c'est à dire la posture *accroupie sur les genoux*, le haut du corps penché en avant. Il désire qu'à chaque douleur la sage-femme fasse prendre cette position à la parturiente, en plaçant devant elle une chaise ou un coussin élevé pour y appuyer. Pendant les intervalles des douleurs, la femme peut rester couchée ou assise.

" Il suffit, en effet, de prescrire cette posture aux femmes dont le col reste élevé en avant ou en arrière et à celles qui ont le périnée trop élevé, pour se convaincre de ses avantages sur l'efficacité des contractions. La tête descend et la dilatation se fait rapidement. Nous nous sommes personnellement assuré, plusieurs fois, de l'avantage de cette position. Quand le travail ne marche pas régulièrement, que la dilatation est lente, sans cause appréciable, nous ne manquons pas de recourir à ce moyen depuis plus de vingt ans, et le plus souvent avec un succès immédiat, en soutenant le périnée ainsi."—(*Cour. méd. et j. d'accouch.*)

Abcès du sein, traitement préventif.—A l'occasion d'une femme couchée au lit No 6 de la salle Sainte Marthe, accouchée depuis un mois environ et entrée depuis quelques jours dans son service de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Le Fort faisait remarquer aux personnes qui suivaient sa visite, que les abcès du sein chez les femmes récemment accouchées se développaient généralement en bas et en dehors de la glande mammaire par suite même de la position déclive de la mamelle dans le décubitus dorsal que ces femmes affectent forcément.

Aussi, pour éviter le développement de ces accidents, M. Le Fort conseille-t-il ordinairement, et depuis longtemps déjà, de maintenir les deux seins rapprochés l'un de l'autre au moyen de deux tampons de ouate taillés en croissant et que l'on coud soigneusement sur un bandage de corps. Les mamelles ainsi contenues de chaque côté ne pendent plus à droite et a gauche de la poitrine des femmes couchées sur le dos et ne sont plus sujettes, par suite, aux tiraillements contenus et irritants produits par le poids de la glande. (*Gaz. des hôp.*)

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Anémie et chlorose. (*Goodell*)

1° ℞ Hydrag chloridi corrosivi..... gr i
Liq. chlo. arsenici..... f ʒss
Mis Ferrii-chlo.....
Acid Muriat. dilut..... g àà f ʒii
Syrupi..... f ℥iii
Aquæ..... f ℥vi

M.—Une cuillérée à soupe après chaque repas pendant pas plus de trois semaines. —

2° ℞ Pulv. Ferri Sulph.....
Potassæ Carb pur..... àà ʒii
Syrup. Acaciæ ..... s.s.

M.—Div. in pulv No 48.

—De une à trois après chaque repas, en commençant par la dose la plus faible. Cette dernière formule est celle de Blot, telle que prescrite par Niemeyer.

Chorée (*Sieveking*) —

℞ Chloral Hydrat.....
Pot. Bromid..... àà ʒii ℈ii
Aquæ ..... ℥viii

M.—Une cuillérée à soupe toutes les 3 heures jusqu'à effet marqué. Ne donner ensuite cette dose que trois fois par jour.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, OCTOBRE 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

Finances.

Comme nos abonnés le savent, nous avons expédié dernièrement les comptes de l'année courante et des arrérages à qui de droit.

Un grand nombre soldent la note avec la ponctualité la plus flatteuse pour nous et pour eux.

Que ceux qui laissent égarer dans un tiroir peu fréquenté... ou au panier, la petite feuille volante, au sort de laquelle nous nous intéressons si tendrement, que ceux-là veuillent donc se rappeler que s'ils ont le droit d'être exigeants avec nous, ils partagent ce droit avec nos créanciers. Nous n'invoquerons pas le vulgaire principe qu'un journal reçu doit être payé ; certaines gens disent que ce n'est pas une raison, ça, et c'est vraiment dommage que l'imprimeur ne soit pas de cet avis ! Mais qu'y faire, puisqu'il ne veut pas entendre raison ? Il nous faudra bien recourir à la bonne volonté de nos lecteurs, et, ce qui pis est, supprimer le journal à ceux qui s'obstineront pendant trop longtemps à différer d'opinion avec lui. C'est une puissance que l'imprimeur. Il survit souvent au journal.

No Bill.

Les libelles politiques sont devenus tellement fréquents qu'ils ont presque épuisé la curiosité publique ; mais un libelle médical c'est presque une primeur : de fait, c'est le premier cas de ce genre que nous trouvions dans les quinze années de notre journalisme professionnel.

Nos lecteurs ont probablement été surpris de voir sur les journaux politiques les noms des Drs A. Lamarche, S. Lachapelle et H. E. Desrosiers en compagnie de chevaliers d'industrie, coupe-jarrets, tire-laine et industriels de grand chemin, sur le rapport de la Cour criminelle.

Comme il ne suffit pas toujours en pareille occurrence d'être reconnu comme citoyen intègre et individu pacifique par le cercle de ses familiers, on ne nous en voudra pas d'exposer les faits en deux mots.

Notre bulletin de mai portant pour titre *Fiat Lux* et ayant trait à l'affaire de Lorimier avait eu le pouvoir magique, on n'a encore pu savoir pourquoi, d'exciter la colère de quelques-uns des membres de la Faculté Bishop. En juillet, ces messieurs nous notifiaient par leurs avocats que nous eussions à rétracter l'article en question, sans quoi on prendrait contre nous des procédés légaux. Rétracter quoi, nous n'en savons rien. Nous allâmes donc consulter un avocat faisant autorité en cette matière. Après un examen attentif, il nous répondit catégoriquement qu'il ne voyait pas matière à libelle dans l'article incriminé. Rassurés sur ce point et désirant rasséréner l'âme de nos confrères, nous publiâmes dans notre livraison d'août " un mot d'explication " qui n'est rien moins qu'une rétractation mais qui expliquait nos motifs et nos intentions. Et nous attendîmes le résultat qui ne se fit pas attendre, car, le 12 septembre, nos amis de Bishop soumettaient en Cour criminelle un indictement pour libelle contre les rédacteurs du journal.

On connait le reste : le grand-jury rendit un verdict de *no bill.*

Nos belliqueux adversaires durent s'en retourner chez eux avec un crêpe à leur tambour, remportant au foyer un fourniment plus mal astiqué qu'au départ et gratifiés, comme solde de cette brillante campagne, d'un *spleen* anglais des plus classique en lieu et place du rire homérique (connaissent-ils cela ?) qu'ils auraient voulu se payer à nos frais.

Eh bien ! ragez, messieurs, et veuillez croire que nous ne compatissons guère ; ça n'est pas charitable, nous direz-vous, mais c'est de bonne guerre et c'est déjà quelque chose en attendant mieux.

Nos lecteurs connaissent déjà l'article *Fiat Lux* ou du moins ils peuvent le voir dans notre livraison de mai ; inutile d'y revenir. Qu'on juge, après lecture de cet article, de la nature de l'agression dont nous avons été l'objet, par le document suivant, dont on voulait nous faire assumer la paternité à titre de rétractation. Ce document nous est parvenu le matin même du jour où nos amis ont soumis leur indictement. Nous traduisons mot à mot :

" A propos d'un article intitulé *Fiat Lux*, publié dans la livraison de mai de notre journal, au sujet d'une déclaration par laquelle MM. E. de Lorimier et autres prétendaient avoir subi un examen *privé* pour le dégré de M.D. et avoir reçu de

cette institution des certificats de qualification à ce dégré, pour usage en d'autres endroits, mais sans recevoir en même temps le diplôme, devant la Faculté de médecine du Collège Bishop," nous devons dire, après information, qu'aucun examen de ce genre n'a eu lieu et qu'aucun des prétendus certificats de M. de Lorimier et de ses amis n'a jamais existé.

" A la suite d'une entrevue avec les Drs F. W. Campblell et Simpson " (nous n'avons vu ces messieurs ni en chair ni en peinture depuis six mois), " nous déclarons que les procédés de la Faculté ont été réguliers et que nuls autres examens que ceux reconnus par la loi et les règles de l'institution n'ont eu lieu et qu'aucun certificat du genre de ceux auquel M. de Lorimier fait allusion n'a été délivré.

" Nous regrettons " (vous regrettez—ils regrettent) que cet article ait pu donner lieu à des commentaires de nature à faire supposer que cette Faculté ou quelques-uns de ses membres s'était départie d'une ligne de conduite honorable et franche."

Voilà ; c'est tout !

Nous devons avouer en toute sincérité que nous n'avons jamais professé une grande admiration pour la Faculté de médecine Bishop, mais d'un autre côté nous nous sommes toujours gardés de nous immiscer à ses affaires et encore plus d'en dire du mal. Et nous avons beau nous y ingénier, nous ne pouvons deviner dans quel coin de *Fiat Lux* quelques-uns de ses membres ont trouvé à se coiffer d'un pareil bonnet.

Quant aux motifs qui ont fait agir ces messieurs, nous n'en savons rien de positif et nous préférons nous abstenir de faire des suppositions qui ne pourraient être rien moins que flatteuses.

Notre rôle comme journalistes n'est pas de reblanchir les gens ni de délivrer sur demande des certificats d'honorabilité par le retour de la malle.

Notre droit, notre devoir est de prévenir la profession de ce que l'on fait ou de ce que l'on trame contre ses intérêts ; c'est ce que, comme toujours d'ailleurs, nous avons fait à propos de l'affaire E. de Lorimier sans incriminer personnellement aucun individu ni aucune institution.

Et la preuve que nous avons bien fait une bonne chose c'est :

1° Que le premier acte de cette petite tragi-comédie s'est terminé par un verdict de " accusation non fondée " ;

2° Que le Bureau des Gouverneurs du Collège des M. et C., à sa séance du 27 septembre, a institué un comité spécial chargé de s'enquérir de cette affaire. C'est ce que nous voulions ; *qu'on nous dise une bonne fois ce que nous devons croire de tout cela.*

Les Pharmaciens et l'Acte des Licences.

La démarche innattendue de M. Lambe, inspecteur des licences, qui a intenté des poursuites contre un certain nombre de pharmaciens accusés d'avoir vendu, sans licence, du *Spiritus Vini Rectificatus*, a jeté ces derniers dans la consternation.

M. Henry R. Gray (rue St Laurent) et le Dr L. J. P. Desrosiers (rue St Joseph) ont été les deux premiers incriminés, suivis de près par MM. Laviolette & Nelson (rue Notre-Dame) et M. John Lewis (Place Victoria).

Sur le conseil de leurs avocats, ces messieurs décidèrent de contester la poursuite de l'inspecteur en Cour de Police, et, s'il le fallait, d'en appeler à la Cour Supérieure.

Les procédés en question semblaient plus ou moins inexpliquables, attendu que les pharmaciens doivent, de toute nécessité, dans l'exercice de leur devoir, fournir de l'esprit de vin au public et aux membres de la profession médicale.

Le conseil de l'Association pharmaceutique se réunit et délégua, auprès de l'hon. M. Wurtele, une députation composée de MM. John Kerry, Alex. Manson, Henry R. Gray, et du Régistrateur de l'Association, avec mission de règler cette question.

L'entrevue eut lieu lundi, le 25 septembre, au Bureau du Gouvernement, rue St Gabriel, Montréal.

M. Wurtele donna immédiatement l'ordre de discontinuer ces poursuites qu'il déclara avoir été intentées sans qu'il en eût été averti.

L'honorable Trésorier décida qu'à l'avenir les pharmaciens auraient droit de vendre, sans licence, de l'esprit de vin en quantité n'excédant pas à la fois une livre impériale et que les droguistes en gros seraient tenus de prendre, au prix de $100 par an, une licence pour la vente de l'esprit de vin, la quantité ne devant pas excéder chaque fois deux gallons mesure impériale.

Cette licence que doivent prendre désormais les droguistes en gros est une chose nouvelle, appliquée spécialement à leur cas, et sera immédiatement ratifiée par un ordre en conseil.

Nous est avis que l'inspecteur des licences a commis une grande injustice en intentant ainsi, sans avis préalable, des poursuites en Cour de Police contre des personnes qui, comme M. Gray, ont vendu de l'esprit de vin pendant vingt-trois ans, le Dr Desrosiers depuis vingt ans, MM. Laviolette & Nelson et John Lewis depuis dix ans, sans avoir été du tout inquiétés par le département des licences, et qui n'en auraient certainement pas agi ainsi, eussent-ils sû être en contravention avec la loi.

Si les pharmaciens étaient dans le tort, M. l'inspecteur devait porter plainte au secrétaire de l'Association pharmaceutique, et la question aurait sans doute été immédiatement réglée à l'amiable.

Nous signalons à l'attention de nos lecteurs l'annonce par laquelle l'administration du journal demande à acheter la file de l'*Union Medicale* et quelques livraisons détachées. Ceux de nos abonnés qui ne tiennent pas à conserver la série de l'*Union* trouveront là une occasion de s'en défaire avantageusement.

Petite Correspondance.

Veuillez me dire quel est le meilleur traitement des fièvres typhoïdes. Dr J. N. B**-S**

Difficile de répondre à la question telle que posée. Les uns réclament les meilleurs résultats pour le traitement par l'acide salicylique et ses dérivés, les autres vantent l'acide phenique, la quinine, la methode de Brandt, etc. Le traitement *tonico-stimulant* nous a semblé donner d'excellents résultats. Il consiste dans l'emploi de la quinine, à doses fractionnées, comme tonique géneral, c est-à-dire 1 à 2 grains trois ou quatre fois par jour, en même temps que l'on donne une limonade ou tisane aux acides minéraux. Diète liquide mais concentrée ; extraits de bœuf, lait, etc. Si le pouls devient faible, irrégulier, petit, compressible, si en un mot il y a menace d'asthénie, on a recours aux stimulants et en particulier aux alcooliques, brandy, whiskey, sherry etc. à dose de 6 à 12 onces, ou même plus, dans les 24 heures. Si la langue devient sèche, la térébenthine (10 à 15 gouttes dans du mucilage) devra être administrée trois fois par jour.

Les divers accidents pouvant survenir au cours de la fievre typhoïde requièrent un traitement spécial propre à chaque cas.

Notre livraison d'août 1882, page 381, contenait certains renseignements qui vous seront peut-être utiles au sujet du traitement par l'acide Phénique. Dans notre livraison de novembre vous trouverez un résumé du mode de traitement de la fièvre thyphoïde par l'acide Salicylique.

Où pourrai-je me procurer un traité sur l'art des dentistes, la manière d'obturser les dents, etc. ? (*Le même.*)

Le *Traité théorique et pratique de l'art des dentistes*, par *Harris*, est un ouvrage complet sur ce sujet. Il se vend à Paris, chez J. B. Baillière et fils, au prix de 17 à 18 francs.

La lancette est-elle avantageuse dans la dentition ? Dr X. Z.

Rép. ; Malgré l'opinion de certaines autorités qui ne la recommandent que dans les cas de suppuration des gencives, de paralysie, et de convulsions, nous y avons recours *habituellement* chaque fois que la gencive est tuméfiée au point de ralentir un tant soit peut le travail d'éruption de la dent. S'il est établi en effet, d'une manière bien évidente que le travail de la dentition, par l'intermédiaire du système nerveux si impressionnable chez l'enfant, est cause d'une foule d'accidents, n'est-il pas raisonnable de recourir à la lancette comme moyen préventif.

Nous ne connaissons pas d'accidents causés par la lancette dans ce cas-ci.

Dans toutes les maladies des enfants, nous surveillons plus particulièrement le travail des gencives ; convaincu que nous sommes qu'elles compliquent la maladie, et qu'elles la rendent plus grave.

Nous ne nous contentons pas de scarifier légèrement nous faisons une incision circulaire, de manière à découvrir la dent complètement.

Livre reçu.

Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, United States Army : Authors and Subjects. Vol. III. Cholecyanin-Dzondi Washington : Gouvernment Printing House. —In-quarto de 1,020 pages, renfermant 9,04 titres par noms d'auteurs, représentant 10,476 volumes et 7,386 pamphlets. On y trouve, de plus, 8,572 titres-sujet de livres et pamphlets différents et 28,346 titres d'articles de publication périodiques. Enfin, sous le titre " Collection de Portraits " il contient le catalogue de 4,335 portraits de médecins.

Brochures reçues.

Statistiques vitales de la Cité de Montréal pour les mois de mai, juin et juillet.

Annual Announcement of the Toronto School of Medecine, in Affiliation with the University of Toronto and the University of Victoria College.

Life of John M. Briggs by W. K. Bowling, M. D.

The Antiseptic Treatment of Wounds after Operation and injuries by W. T. Briggs, M. D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du C. M. C. P. Q.

L'assemblée semi-annuel de ce bureau a eu lieu dans les salles de la faculté de médecine de l'Université Laval (Québec) le 27 septembre dernier.

Le Dr R. P. Howard, au fauteuil.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la séance précédente, il est proposé par le Dr Howard, secondé par le Dr Lemieux et résolu unanimement:

Que le bureau des gouverneurs du C. M. C. P. Q. a appris avec beaucoup de regret la mort inattendue du Dr G. W. Campbell, doyen de la faculté de médecine de l'Université McGill, professeur dans cette institution pendant quarante ans, un des premiers membres de ce collége dont il fut un des gouverneurs, et pendant près d'un demi siècle, praticien très distingué ; et que le dit collége désire par là rendre hommage au professeur distingué, au praticien éminent, au confrère désintéressé en même temps qu'au citoyen honorable.

Le rapport des assesseurs de l'Université Laval à Québec et à Montréal est lu et adopté à condition que la faculté de Montréal donne au secrétaire du bureau pour Montréal, les noms de ses huit gradués.

Les messieurs dont les noms suivent sont admis à l'étude de la médecine :

J. H. Darey, Montréal ; Louis V. Benoît, St-Hyacinthe ; Alex. Kinloch, Montréal ; H. Hervieux, St-Jérôme ; J. D. Fontaine, Belœil ; L. S. P. Normand, Trois Rivières ; P. Ulric Garneau, St-André de Kamouraska ; Alfred Malette, Montréal ; J. Legault, St-Valentin ; A. St-Amour, Acton Vale ; A. Lavallée, Yamaska ; D. McNamara, Mile End, Montréal : G. B. Tanguay, Québec.

La demande d'enregistrement de M. Heys de Lennoxville, est rejetée vu que ce monsieur est un éclectique.

La licence du collége est accordée aux messieurs dont les noms suivent après prestation du serment ordinaire :

Drs Arthur Hébert, Québec ; Elz. Laberge, Québec ; Joseph Valère Côté, St Raphaël de Bellechasse ; G. A. Casgrain, St-Agapit ; J. W. Mills, L. R. C. P. Lond ; Walter de Mouilpied ; Chs O. Brown et Leon J. Lennox.

Il est ensuite proposé par le Dr J. S. Gibson, secondé par le Dr T. A. Rodger et résolu unanimement que :

" Attendu que, d'après d'après certaines rumeurs, on a prétendu que des professeurs en relation avec une école de médecine en cette province, et reconnue par ce collége, tiennent des examens privés, et qu'à ces examens des certificats sont donnés pour que les porteurs aient droit à un diplôme et puissent pratiquer de fait ; et attendu qu'un nommé Émile de Lorimier, un étudiant de ce collége, a déclaré publquement qu'il avait payé une forme somme pour avoir un tel certificat ; et attendu qne, dans l'intérêt de la profession, il est du devoir de ce bureau de s'assurer si de tels examens irréguliers ont été tenus par une école quelconque en cette province, ou si des certificats ou diplômes sont accordés à des examens autres que ceux qui ont lieu devant les assesseurs nommés par ce collège ; qu'il soit en conséquence résolu qu'une commission composée des Drs Craik, Hingston, Lachapelle, Robillard et Rodger, soit nommée pour faire enqnête et faire rapport à la prochaine réunion de ce bureau."

Les rapports du trésorier et de l'agent *détective* du collège, ainsi que le projet de tarif sont adoptés.

Sur motion du Dr Marmette, secondé par le Dr Gibson, des remerciements sont votés à l'Université Laval pour l'usage de ses salles.

Et la séance est levée.

Association Médicale du Canada. — La quinzième assemblée annuelle de cette association a eu lieu les 6, 7 et 8 septembre, à Toronto, dans les salles de l'Hôtel-de-Ville.

Le Dr Fenwick, de Montréal, occupait le fauteuil. L'assistance était plus nombreuse que d'habitude. Plusieurs travaux d'un grand intérêt furent présentés à l'assemblée. Nous publions aujourd'hui celui du Dr L. C. Prévost, d'Ottawa.

Les nouveaux officiers sont : MM. les Drs Mullin, de Hamilton, président ; W. Osler, de Montréal, secrétaire-général ; Robillard, de Montréal, trésorier. La prochaine assemblée aura lieu à Kingston.

Actions en dommage.—Les Drs A. Lamarche, S. Lachapelle et H. E. Desrosiers ont donné instruction à leur avocat, M. F. X. Archambault de poursuivre en dommages pour $10,000 chaque les Drs F. W. Campbell, Perrigo, Kennedy et Simpson, en raison d'un indictement pour libelle lancé contre-

eux en cour criminelle, par ces messieurs au sujet duquel indictement le Grand Jury a rendu un verdict d' "Accusation non fondée."

Université Laval, Montréal.—Faculté dé médecine,

ANNÉE 1882–83.

Durant le premier terme finissant à Noël, les cours de la Faculté de Médecine seront donnés dans l'ordre suivant:

Physiologie.—M. S. DUVAL : 9 heures A. M., tous les jours

Anatomie descriptive.—M. A. LAMARCHE : 10 heures A. M., tous les jours.

Anatomie pratique.—M. J. E. BERTHELOT : 2 heures P. M., tous les jours depuis le 1er novembre.

Pathologie interne.—M. J. P. ROTTOT : 3 heures P. M., tous les jours.

Toxicologie.—M. H. E. DESROSIERS : 4 heures P. M., tous l es jours.

Pathologie externe.—M. A. T. BROSSEAU : 5 heures P. M., tous les jours.

CLINIQUE—HÔPITAL NOTRE-DAME.

Médecin : M. J. A. LARAMÉE.—Service à 11 heures A. M., tous les jours : Conférences cliniques les lundi et mercredi, Consultation le vendredi.

Chirurgien : M. A. T. BROSSEAU.—Service à 11 heures A. M., tous les jours : Conférences cliniques les mardi et samedi. Opérations le jeudi.

Oculiste : M. A. A. FOUCHER.—Service et dispensaire à 9½ heures A. M., tous les jours.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ.

Chirurgien-accoucheur : M. A. DAGENAIS.—Clinique de tocologie (avertissement spécial à chaque fois).

Réformes sanitaires.—A une assemblée, composée des membres du Bureau de Santé et d'un certain nombre de médecins et de citoyens importants, tenue le 28 septembre dans les salles du "Medico-Chirurgical Society," l'assemblée étant d'opinion que l'allocation de $10.000 accordée par le gouvernement fédéral pour la collection des statistiques vitales est insuffisante pour atteindre le but auquel elle est destinée, il a été résolu que la dite somme serait appliquée exclusivement à la collection des statistiques de décès.

Personnel.—M. le Dr J. P. Rottot est de retour d'Europe depuis le 1er octobre.

Acquisition. — L'Université Laval vient d'acheter de M. C. S. Cherrier, pour la somme de $50,000, le terrain situé rue St Denis, et compris entre les rues Dorchester et Ste Catherine. L'Université se propose d'y faire ériger sous le plus court délai les édifices nécessaires à l'installation de ses Facultés à Montréal. L'acte de vente a été signé le 12 septembre dernier, pardevant MM. Papineau et Durand notaires de cette ville.

Université Laval, Montréal. Faculté de Médecine.—Les cours de cette faculté ont été ouverts mardi le 3 octobre courant. Il y a eu messe solennelle du St-Esprit, chantée par le révérend Messire V. Rousselot, curé de St Jacques. Sa Grandeur Mgr l'évêque de Montréal assistait au trône.

Université McGill.—Faculté de Médecine.—Cette Faculté a célébré mercredi, le 4 courant, l'ouverture de sa 50e Session par une inauguration solennelle dans le "Peter Redpath Institute." L'élite de la société anglaise encombrait la salle. Le discours d'ouverture fut fait par le Dr Howard qui donna un historique détaillé de cette Faculté depuis son berceau, et la biographie de son dernier doyen le regretté Dr Geo. W. Campbell. Un somptueux banquet réunissait le lendemain, dans la grande salle du Windsor les professeurs, les diplomés, les amisde l'institution au nombre de 225.

Les deux soirées ont été un magnifique succès. Décidément nos confrères du McGill font bien les choses.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—Les cours de cette institution se sont ouverts lundi, le 1er courant. Le discours d'ouverture a éte prononcé par le Dr L. D. Mignault.

Hôpital Notre-Dame.—Le Dr A. T. Brosseau a remplacé le Dr A. Lamarche au service chirurgical, et le Dr A. Laramée succède au Dr H. E. Desrosiers dans le service médical de cet hôpital.

Contribution de membres du Collège des Médecins et Chirurgiens, P.Q.—A la séance du 10 mai dernier, il a été résolu par le Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens que M. de Lamirande serait, à l'avenir, autorisé à collecter la contribution annuelle des membres du collège. Nous avertissons en conséquence nos confrères qu'ils pourront à l'avenir s'adresser à C. E. de Lamirande, 55 rue St Jacques, Montréal.

Le microbe de la syphilis.—Si les récentes recherches de MM. Martineau et Harmonic se confirment, nous verrons sous peu l'agent causal figuré dans la production de la syphilis, faire son entrée dans le royaume de la pathologie sous forme de microbe et de bacterie. Certaines expérimentations physiologiques par le procédé de la culture, ont déjà donné des résultats affirmatifs. Le premier pas est fait; la grande idée de Pasteur se propage et nous laisse entrevoir un remède prophylactique à la plus terrible plaie de l'humanité.

VARIÉTÉS.

Encore un comble !

Un de nos amis nous ayant, l'autre jour, signalé certaine réclame affichée à a porte d'un médecin (hélas !) de cette ville, nous avons pris la peine de nous transporter sur les lieux afin de vérifier les faits. Et voici ce que nous avons lu :

SIROP SAUVAGE
COMPOSÉ DE RACINAGES
GUÉRIT L'ASTHME, LES BRONCHES
ET LA CONSOMPTION. A VENDRE ICI.
DR. ***

Avouerons-nous à nos lecteurs la tentation qui nous vient en ce moment? Vrai! nous serions tenté de faire connaître le nom de ce guérisseur-là, et il nous semble que ce serait rendre au public un service signalé. Avec cela que ce nom s'étale en toutes lettres sur l'affiche et que tous les passants peuvent l'y voir. Mais nous hésitons, nous craignons, nous tremblons, bref nous avons peur que l'Esculape susdit nous traîne sur les bancs de la cour criminelle, et nous accuse de l'avoir injurié en l'appelant "*un comble.*" N'y aurait-il pas là matière à libelle, Messieurs du collège Bishop?

Nous avouons que cette annonce nous amuse infiniment et que nous ne nous sentons pas le courage de dénoncer au bureau des gouverneurs un aussi innocent et aussi paisible délinquant. Il est évident que le code d'éthique médicale lui est totalement inconnu ainsi qu'une infinité d'autres choses, et c'est là ce qui nous désarme!

Comment! cet homme-là est assis tranquillement au coin de son feu, fumant sa pipe et rêvant peut-être aux cures merveilleuses du "Sirop sauvage," dans tous les cas, très satisfait de lui-même et de ses succès, et nous irions troubler son repos? Tenant pour certain qu'il n'entend pas malice à la chose et qu'il agit avec toute la candeur et la simplicité d'une âme de quinze ans, nous préférons le laisser à ses illusions. Tout de même nous sommes curieux de savoir comment nos amis d'outre-mer vont apprécier ce nouveau spécimen de réclame. Qu'ils n'oublient pas au moins que nous avons presque tous ici—suivant l'opinion de quelqu'un qui s'y connaît,—un peu de *sang sauvage* dans les veines et que nos produits indigènes doivent nécessairement sentir leur terroir. Le *sirop sauvage* n'est pas encore, que nous sachions, inscrit au codex ou à la pharmacopée britannique, mais cela viendra. Et ne pourrait-on pas par la même occasion y inscrire la tisane ROOT RACINA (sic!) du citoyen Georges Brault?

Il paraît que depuis la découverte du sirop guérissant la consomption, l'huile de foie de morue se vend à des prix insignifiants, et que l'éditeur de M. Jaccoud, a fortement conseillé à ce dernier de ne plus préparer de nouvelles éditions de son traité sur la *phthisie. Habent sua fata libelli!*

Ils n'en veulent pas.—Il paraît que certains médecins, las d'avoir à payer la contribution annuelle au Collège des Médecins et Chirurgiens, refusent absolument de solder cette contribution, déclarant *qu'ils ne veulent plus faire partie de ce collège-là!* C'est une idée... un peu croche!... Eh! les amis! que vous le vouliez ou que vous ne le vouliez pas, c'est tout un pour le bureau qui n'en mettra pas moins l'*embargo* sur vos fioles. La loi, voyez-vous, n'a pas de ces accommodements. Ce qu'elle décide doit être exécuté à la lettre. Tant pis pour les réfractaires.

Nous devons à la vérité de dire que cette *nouvelle* nous vient de loin!

Jugements.—Nombre de poursuites intentées par le Bureau Provincial contre les charlatans depuis le 20 juillet 1882 au 20 septembre.

J. B. Guay, St Gervais, Bellechasse, 7 août.

Damase Ruel, St Gervais, Bellechasse, 7 août.

Philippe Beaudet, instituteur, Julieville, 11 août.

François Xavier Destrempe, cultivateur, St Cuthbert, 6 septembre.

John Bishop, Township de Dudswell.

MARIAGE.

PARADIS-MILLER.—A l'Eglise St Roch, Québec, le 25 septembre, M. le Dr Abraham Paradis, de Chicago, à Mademoiselle Welhelmina Miller.

DÉCÈS.

LAVOIE.—A St-Roch de Québec, le 3 septembre dernier, à l'âge de 5 semaines, Marie-Joseph-Arthur Gaston, enfant du Docteur J. P. Lavoie.

DUMOUCHEL.—A St-Benoit, le 23 septembre, l'hon- Léandre Dumouchel, M. D., sénateur, à l'âge de 71 ans et 6 mois.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Le cas d'empoisonnement de la rue Panet.

Cette affaire ayant créé beaucoup d'excitation non seulement dans le public mais aussi dans le corps professionnel, certains médecins animés d'un grand zèle *intempestif* ayant même écrit dans les journaux politiques de longues correspondances propres tout au plus à jeter du discrédit sur ceux de leurs confrères dont les services avaient été requis par les intéressés et par la justice, j'ai cru devoir donner un rapport succinct et fidèle de cette cause.

Voyons les faits tels qu'ils ont été constatés et prouvés lors du procès. Le 25 du mois d'août dernier, Madame Noël laisse son enfant, âgé de 10 mois, endormi dans son berceau, et descend chez une voisine en disant à sa servante de faire attention à l'enfant. Cinq ou six minutes après, la servante appelle Madame Noël, lui disant que son enfant étouffait. Le Dr Cléroux appelé sur le champ relate ainsi les phénomènes observés :

" L'enfant en proie à des souffrances atroces faisait des efforts violents et continuels pour vomir, sa figure était congestionnée ; la langue, beaucoup augmentée de volume et sortie de la bouche, était noirâtre et rugueuse ; les lèvres ainsi que toute la muqueuse buccale étaient dans le même état.

" De la salive mêlée à des mucosités et débris sanguinolents s'écoulait abondamment de la bouche. Deux heures après, les efforts de vomissements, bien qu'assez fréquents, étaient beaucoup moins violents. Les parties lésées offraient la même apparence, à l'exception de la coloration noire qui était moins prononcée. Le lendemain, à 10 hrs. a. m., rémission dans l'état général, la langue et les lèvres étaient moins livides et moins enflées. Des phlyctènes minces, étendues, contenant une sérosité louche recouvraient ces parties ainsi que les parois de la bouche, à l'exception de la partie interne et profonde de la lèvre supérieure et le bord adjacent de la gencive. Le soir, augmentation de la fièvre avec agitation.

" Le 3eme jour au matin, rémission prononcée des symptômes généraux. Les lésions offraient peu de changements, la sérosité commençait à se transformer en pus.

" Le 4eme jour au matin nouvelle rémission de la fièvre ; les lèvres et la langue étaient moins enflées, les phlyctènes vidées et moins volumineuses; elles disparaissaient en plusieurs endroits pour faire place à un enduit rugueux grisâtre. A 4 hrs. p. m. l'enfant fut pris de couvulsions et mourut deux heures après."

Ce témoignage du Dr Cléroux est confirmé par ceux des Drs Laporte et N. Fafard qui, eux aussi, virent l'enfant après l'accident. A l'autopsie, pratiquée le lendemain, les muqueuses de la bouche, du pharynx et du tiers supérieur de l'œsophage furent trouvées corrodées et complètement détruites, présentant l'aspect d'un enduit blanc sale (mélange de pus et de muqueuse). Cet enduit s'enlevait très facilement avec le manche du scalpel ou avec l'ongle, laissant les muscles sous-jacents à découvert et tout-à-fait dénudés. Cette corrosion avait diminué de beaucoup la capacité du tube œsophagien dans sa partie lésée.

Les méninges étaient fortement congestionnées et présentaient un épanchement séro-sanguinolent considérable. Le duodénum présentait dans sa partie supérieure des traces d'une légère inflammation. Tous les autres organes étaient dans un état tout-à-fait normal ; l'estomac et les intestins vides; la vessie seule contenait une très petite quantité d'urine.

Voici maintenant l'analyse du poison, faite par le Dr Norbert Fafard :

Cette substance diluée à 1 p. 1,000 ramène vivement au bleu le papier rougi de tournesol. Une portion de la substance chauffée au rouge sur une lame de platine ne se carbonise pas : substance inorganique, probablement un sel. Une partie de la substance est mise en solution dans l'eau et distribuée dans un grand nombre de verres à réactifs.

A.—RECHERCHE DE LA BASE.

1o Sulfhydrate d'ammoniaque : pas de précipité.—C'est une base alcaline ou alcalino-terreuse.

2o Carbonate de soude ou phosphate de soude : pas de précipité—C'est une base alcaline, potasse, soude ou ammoniaque.

3o Une solution de la substance est mélangée avec de la chaux : une baguette en verre humectée d'acide chlorhydrique et maintenue au dessus du mélange ne produit pas de vapeurs blanches.—Ce n'est pas de l'ammoniaque.

4o Tartrate de soude ou bichlorure de platine : pas de précipité—Ce n'est pas de la potasse.

5o Antimoniate de potasse : précipité blanc —C'est de la soude.

6o Chauffée au chalumeau au bout d'un fil de platine, cette substance colore la flamme extérieure de l'alcool en jaune intense.—C'est de la soude.

B.—RECHERCHE DE L'ACIDE

1o Chlorure de baryum ; précipité blanc—C'est uu acide du premier groupe.

2. Acide chlorhydrique: le précipité se redissout et il se dégage en petite quantité avec effervescence, un gaz inodore—C'est de l'acide carbonique.

Résultat. La substance en question est de la soude combinée en partie avec de l'acide carbonique.

Il me reste encore à dire pour compléter cet exposé, que l'enfant jouissait d'un embonpoint assez prononcé, que lors de l'accident, il n'avait pas et n'avait jamais eu aucune maladie de la bouche, ce qui a été parfaitement établi par les témoignages au cours du procès.

L'enfant, âgé de dix mois, sevré depuis dix semaines, faisait ses dents; il avait eu quelques jours auparavant un peu de diarrhée, et était affecté d'une *coqueluche ordinaire.*

Ce sont là les faits dans toute leur exactitude, tels qu'ils ont été rapportés et prouvés devant le tribunal, devant les deux médecins qui ont cru devoir nous attaquer.

Ces deux messieurs, qui signent *experts pour la défense* parce qu'ils ont assisté aux débats du procès depuis le commencement jusqu'à la fin, s'efforcent huit jours après la condamnation de prouver par de longues citations que toutes ces lésions sont le fait des aphthes, du muguet, de la stomatite ulcéreuse ou gangréneuse, bien que cependant ils aient refusé, en cour, de contredire ou d'affaiblir nos témoignages, disant: " Que voulez-vous qu'on dise? Nous n'avons jamais vu l'enfant, et " vous êtes unanimes à jurer qu'il y a eu empoisonnement."

Leur raisonnement s'appuie sur des hypothèses purement imaginaires et qu'ils savent être fausses puisqu'ils ont entendu et suivi les témoignages, tant des médecins que des autres personnes. Ceci est loin d'être de bon aloi. A moins de penser qu'ils admettent que ces diverses maladies puissent produire toutes ces lésions aussi vivement et en si peu de temps.

Au reste, voyons l'analogie et les signes différentiels de ces stomatites avec ce que nous avons observé chez l'enfant Noël.

Aphthes.—Cette affection est idiopathique, ou se voit comme suite et conséquence de fièvres éruptives et de maladies débilitantes, et dans ce dernier cas elle dépend de l'extension à la bouche d'un travail inflammatoire. Je n'ai pas à parler de cette dernière forme, puisque l'enfant était en bonne santé avant l'accident.

La symptomatologie caractéristique de la stomatite aphtheuse idiopathique est tout entière dans ses caractères objectifs ou anatomiques: exsudat précédé d'une injection vasculaire se déposant *par plaques isolées* dans le tissu de la muqueuse, *sous l'épithélium intact*, il apparait comme un noyau grisâtre ou blanc jaunâtre, de forme ronde ou ovale, d'une

grosseur variant depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille. Les aphthes sont discrets ou confluents, c'est-à-dire que s'ils sont très rapprochés, plusieurs d'entre eux finissent par se réunir et former des plaques blanches saillantes, mais recouvertes d'épithélium. Entre le deuxième et le troisième jour, l'exsudat se ramollit et il reste des ulcérations petites, de forme arrondie ou ovale, peu profondes, mais à bords coupés à pic et non décollés ; leur surface est recouverte d'une pulpe blanc jaunâtre très adhérente. Chez les enfants, dans les premières années de la vie, ils occupent principalement la région palatine. Cette affection ne montre pas de tendance à une aggravation rapide. Les autres symptômes : sécheresse de la bouche, salivation, douleur cuisante, gêne de la mastication, fétidité de l'haleine, sont communs à toutes les stomatites.'

Il faut être muni d'une quantité énorme de gros bon vouloir pour trouver dans ces symptômes de la ressemblance entre une destruction complète de la muqueuse buccale, pharyngienne et œsophagienne, et des efforts incessants de vomissement, un écoulement abondant de salive et de débris sanguinolents, (lequel liquide était si abondant qu'on en a imbibé plusieurs serviettes) ; et tous ces désordres se produisant subitement, instantanément. Ces choses cependant avaient été prouvées devant ces médecins experts

Muguet.—Ces deux messieurs ont aussi invoqué le *muguet* comme pouvant expliquer les lésions observées chez l'enfant. Comme j'écris pour le public médical, je ne m'arrêterai pas à décrire ces petites croûtes blanches crêmeuses qui tombent d'elles-mêmes, laissant *d'habitude* la muqueuse qui les supportait *plus rouge* qu'à l'état normal. Dans quelques cas, ces plaques se réunissent, ou bien le dépôt, dès son apparition, prend plus ou moins la caractère d'une fausse membrane, et on le voit alors tapisser la bouche sur une plus grande étendue, mais dans cette forme même, si on détache ce produit, on voit que la muqueuse sousjacente n'est ni ulcérée ni saignante, *mais simplement plus rouge qu'à l'état normal.* Cette affection est d'ailleurs la maladie des enfants souffrants, émaciés, présentant les symptômes d'une nutrition imparfaite etc. Cette maladie a encore beaucoup moins de parité que la précédente avec les lésions que nous avons décrites.

Stomatites. — Passant à d'autres maladies, ces messieurs s'écrient: "Est-il nécessaire de recourir à l'empoisonnement pour " expliquer les ulcérations des lèvres et des gencives ?" Et là-dessus ils nous citent Bouchut et Laboulbène pour prouver que les stomatites simples, ulcéreuses et gangréneuses produisent des

ulcérations de la bouche. Ce n'était pas la peine de se mettre en d'aussi grands frais de citations pour réfuter une chose que nous n'avons pas dite. Ceci est encore une preuve de leur *bonne foi.* Nous avons constaté que l'enfant Noël avait une *destruction* complète, entière de toute la muqueuse de la bouche, du pharynx et du tiers supérieur de l'œsophage, ce qui n'est pas du tout la même chose que de dire que les gencives et les lèvres étaient ulcérées. En outre les maladies dont ces messieurs nous parlent ne se montrent jamais d'une manière aussi subite et avec un ensemble de symptômes et de lésions aussi éclatants, aussi graves, aussi étendus. Quelques-unes même, v.g. la gangrène de la bouche, etc., ne surviennent que chez des enfants dont la santé a été profondément altérée par des maladies antérieures, et aucune ne se montre jamais sans prodromes, ni d'une manière aussi brusque, au milieu d'une santé parfaite. Lors même qu'il aurait été dit que la bouche était ulcérée, l'étalage de toute l'érudition de ces messieurs n'aurait pas prouvé davantage, car tout le monde sait qu'il y a ulcération et ulcération, qu'avec les mêmes mots on peut donner les symptômes de vingt maladies différentes et plus. Seul, le médecin qui a vu et constaté ces lésions, pourra en spécifier la nature. Ceci est du gros bon sens.

Coqueluche.—La *coqueluche*, dit-on, est suffisante à produire les mêmes résultats, au moins selon ces messieurs, qui, pour en venir à cette conclusion, commencent par donner les symptômes de cette maladie et s'écrient ensuite : " Vous voyez que nous " n'avons pas besoin de recourir à l'empoisonnement pour " expliquer une bouffissure de la face et une congestion des " méninges." Sans se donner la peine d'examiner s'il y a analogie et parité entre les symptômes et les lésions dans les deux cas, ces experts, qui jouent ainsi sur les mots, se targuent d'être sérieux et érudits, et nous accusent d'avoir employé le persifflage à leur adresse.

Ainsi donc, ni les aphthes, ni le muguet, ni la coqueluche, ni les diverses stomatites, ne peuvent produire les symptômes que j'ai énumérés plus haut, et je dis de nouveau qu'une substance très corrosive (telle que la soude ou la potasse concentrée,) ou un liquide bouillant peuvent seuls causer aussi instantanément toutes ces lésions, puisque l'enfant était en bonne santé au moment même de l'accident. Ce sont là d'ailleurs tous les symptômes des brûlures par un liquide bouillant ou par un caustique ou corrosif: douleur violente, tuméfaction et coloration rouge noirâtre des parties lésées, (coloration propre, pour ainsi dire, à la soude ou à la potasse), mucosité sanguinolente et salivation très abondante se continuant durant plusieurs heures,

phlyctènes remplies d'une sérosité qui se transforme en pus, destruction complète de la muqueuse, dont les débris, mélangés de pus, forment un enduit rugueux grisâtre; marche ordinaire de la brûlure pendant la période de congestion, période de réaction inflammatoire, alors que se produisent les lésions des viscères, congestion des méninges présentant un état d'inflammation franche, c'est-à-dire avec épanchement, tel que dans ce cas-ci, et non pas une simple injection des vaisseaux du cerveau et de ses enveloppes comme dans la coqueluche, de plus, cette inflammation du duodénum que tous les auteurs s'accordent à donner comme caractéristique et qui ne fait presque jamais défaut dans les brûlures. Je crois qu'en présence de tels phénomènes il était impossible de ne pas croire à un empoisonnement, et à un empoisonnement par un caustique, *à moins d'être médecin expert pour la défense.*

La lésion de l'œsophage indiquait que le poison n'avait pénétré que là et non plus avant. Cette lésion et la destruction du tissu indiquaient aussi le degré de causticité du liquide. S'il eut été moins caustique, la douleur aurait été moins vive et les efforts de vomissements pas aussi instantanés; l'enfant aurait avalé le poison et nous en aurions retrouvé les traces dans l'estomac, j'ajouterai même que l'enfant devait être couché sur le dos lorsque cette substance lui a été administrée, sans cela elle n'aurait pas pénétré jusqu'à l'œsophage, la douleur étant trop instantanée et le rejet trop prompt dans des cas semblables.

Quant à la diminution de capacité de l'œsophage, constatée à l'autopsie, si ces messieurs veulent bien consulter Follin & Duplay, ils verront, puisque c'est chose qu'ils ne peuvent comprendre, pourquoi les tissus sont rattatinés, racornis au contact des corps brûlants.

Ils ont été même jusqu'à attaquer l'analyse du poison. Après informations prises auprès des fabricants de lessive, ils se sont écrié avec un accent de triomphe, comme après une grande découverte: "Vous voyez bien que ce n'était pas de la "soude pure qu'il y avait dans la boîte, puisque les fabricants se "servent de 48 parties de chaux pour 100 de soude pour la pré-"parer." Ces messieurs ne pouvaient s'imaginer que la chaux, à cause de son avidité pour les acides, était là justement pour s'emparer de ceux de la soude et pour laisser celle-ci à l'état pur ou concentré; maintenant, exposée à l'air pendant un certain temps, cette substance se combine avec l'acide carbonique, c'est ce qui fait qu'à notre analyse nous avons constaté une petite quantité de cet acide. Mais ce qui surpasse tout, et où notre *incapacité* s'est montrée au grand jour, c'est de ne-

pas avoir fait l'analyse des viscères, du sang et des urines. Tous les auteurs de médecine légale, et ils en citent plusieurs, (cela a l'air si savant de citer des auteurs, même quand on ne les comprend pas,) font une loi inviolable de cette analyse dans les cas d'empoisonnement; nous savons parfaitement que cette analyse doit se faire quand le poison est absorbé, afin de retrouver les traces du poison dans les viscères et leurs contenus, mais ici la substance administrée agit en corrodant, brûlant, détruisant anatomiquement les tissus, et nullement par absorption. Eh! que voulez vous analyser, lorsque vous trouvez tous les viscères vides et à l'état sain? Ceci est encore du gros bon sens.

Je termine en faisant observer que si j'ai été tant soit peu vif quelquefois envers ces messieurs, il faut avouer que leurs correspondances, tendant à prouver que dans une affaire simple, nous nous étions complètement blousés, étaient loin d'être une note de recommandation pour mes confrères et pour moi-même.

C. M. FILIATRAULT, M. D.

LEÇONS CLINIQUES.

OPHTHALMOLOGIE.

HÔPITAL NOTRE-DAME. — **M. FOUCHER.**

Ptérygion.

Leçon recueillie par A. CORMIER, M.B., et revue par le Professeur.

MESSIEURS,

Je vous présente aujourd'hui un malade atteint d'une affection de la conjonctive connue sous le nom de *Ptérygion.* Le patient, âgé de 69 ans, est scieur de bois de profession. Il raconte qu'il a été souvent exposé aux irritations que cause la préparation de la chaux vive; de plus, de son propre aveu, il est adonné à l'usage immodéré des boissons alcooliques. La maladie dont il est atteint aux deux yeux a débuté il y a à peu près 10 ans par une rougeur partielle de la conjonctive s'étendant de la caroncule lacrymale au bord de la cornée. Depuis ce temps, cette membrane triangulaire, à sommet dirigé vers la pupille, a progressé graduellement au point d'envahir tout le rayon interne de la cornée et de masquer presque complètement la pupille des deux yeux. Il en est résulté, pour le malade, un affaiblissement de la vue, une gêne des mouvements du globe oculaire et une sensation particulière de malaise

semblable à celle que l'on éprouve dans le cours de la conjonctivite catarrhale.

L'histoire du malade que vous avez devant les yeux, la description et la marche de l'affection dont il est atteint résument en peu de mots ce que nous avons à dire du ptérygion.

Le ptérygion est un épaississement vascularisé de la conjonctive qui affecte la forme d'un triangle. La base de ce triangle repose ordinairement à la caroncule lacrymale, tandis que le sommet se dirige vers la jonction scléro-cornéenne. Le ptérygion occupe ordinairement les portions de conjonctive bulbaire qui ne sont pas recouvertes par les paupières. Quoique son siège soit au grand angle de l'œil, à l'angle interne, on le remarque aussi quelquefois au côté externe, Il occupe presque toujours la direction des muscles droits et surtout celle de l'interne. La raison en est que le tissu sous-conjonctival à cet endroit, est plus facile à déplacer. Il n'y en a ordinairement qu'un seul par œil, mais il peut y en avoir jusqu'à cinq. Ceux qu'on remarque parfois en haut ou en bas sont de faux ptérygions. Les ptérygions multiples sur le même œil sont encore de faux ptérygions, c'est-à dire que ce sont des symblépharons, des brides cicatricielles. Tous les ptérygions ne se ressemblent pas: il y en a qui sont épais, vascularisés; d'autres qui sont minces, ténus, laissant voir la couleur blanche de la sclérotique. Le cas que vous avez sous les yeux appartient plutôt à la première variété. La base en est très large et se confond avec la conjonctive voisine; la partie du triangle qui s'étend de la base au sommet, c'est-à-dire le corps du ptérygion, est formé par un repli de la conjonctive. En examinant les rapports du ptérygion avec les tissus sous-jacents, on reconnait que la conjonctive épaissie est retournée sur elle-même, formant ainsi un véritable pli qu'on peut soulever et sous lequel il est facile de glisser une sonde; les adhérences avec la cornée et la sclérotique n'occupent donc pas toute la largeur du ptérygion mais seulement sa partie moyenne. Ce repli forme deux sacs, l'un en haut, l'autre en bas, qui sont séparés par une cloison conjonctivale A l'aide d'un stylet on peut relever ces replis comme un mésentère; en se servant de deux stylets, l'un dirigé de haut en bas, l'autre de bas en haut, on peut amener les stylets presque en contact, mais leurs extrémités ne peuvent jamais se toucher. Il n'y a pas douverture; les stylets se trouvent séparés par du tissu conjonctival qui adhère à la sclérotique. On peut remarquer le contraire dans le faux ptérygion, dans le symblpéharon partiel.

Les troubles fonctionnels sont en général insignifiants.

Toutefois, un ptérygion volumineux peut provoquer une

irritation conjonctivale, persistante, accompagnée d'un léger catarrhe de la muqueuse; s'il est très étendu, les mouvements latéraux du globe oculaire se trouvent gênés et de la diplopie survient dans les positions extrêmes du regard. Tant que l'ouverture pupillaire n'est pas envahie, la vision reste intacte, mais elle diminue à mesure que le sommet du ptérygion s'avance vers le centre de la cornée.

On a remarqué que certaines professions, surtout celles qui exposent les yeux à des irritations vives et longtemps continuées, exposent les yeux à la production du ptérygion: les personnes exposées longtemps aux poussières, aux vapeurs irritantes, ammoniacales, les charbonniers, les tanneurs, ceux qui vivent dans un air froid et humide, les marins, les maçons, les journaliers, les cochers de place. Le ptérygion est très fréquent en Egypte. L'âge et le sexe jouent aussi un certain rôle; ainsi les enfants et les femmes en sont rarement atteints.

Pour quelques auteurs le ptérygion est un polype, une tumeur, un néoplasme; mais aujourd'hui le microscope nous a démontré qu'il ne s'agit là que d'une hypertrophie de la conjonctive. Le mode de développement du ptérygion a été interprété de façons différentes.

On a souvent occasion de remarquer, chez les individus d'un certain âge, le développement exagéré de tissu cellulo graisseux sous-conjonctival. Cette anomalie se présente sous forme d'un renflement jaunâtre légèrement soulevé et siégeant ordinairement à l'angle interne de la conjonctive bulbaire. On a donné à cette petite tumeur bénigne le nom de Pinguecula.

Horner prétend que tout ptérygion est précédé d'un pinguecula, qui, avançant peu à peu sur la cornée, forme une sorte de cul-de-sac au niveau de la jonction scléro cornéenne. Au niveau de ce cul-de-sac se déposent de petits corpuscules, des poussières, des corps étrangers; une ulcération se fait sur la cornée et la conjonctive et y contracte des adhérences. L'ulcère, avançant sur la cornée, tire à lui la conjonctive.

Selon Arlt, on peut remarquer le ptérygion après tout ulcère marginal de la cornée, surtout lorsque ces ulcères sont atoniques. La conjonctive fournit les éléments de réparation de cet ulcère. L'epithélium des parties voisines est attiré vers l'ulcération, mais comme l'épithélium conjonctival est le plus lâche, c'est lui qui cède le plus facilement. La conjonctive se plisse au niveau de l'ulcère; ces plis deviennent le siège de nouvelles irritations, soit par le frottement, soit par les poussières ou les corps étrangers qui s'y déposent. Il en résulte de nouvelles poussées inflammatoires. Pendan ce temps l'ulcère

cornéen marche toujours, l'attraction conjonctivale continue, le ptérygion continue à s'accroître du côté de la cornée. Un traumatisme quelconque à la marge de la cornée peut produire le même effet. Les corps étrangers, les frottements des cils, les brûlures, ainsi que les cautérisations mal dirigées de la conjonctive peuvent aussi le produire.

Selon Winter, le ptérygion résulterait d'une hypérémie veineuse, consécutive à une thrombose, un rétrécissement, ou une oblitération des veines ciliaires. Selon le dégré d'irritation qui le produit, le ptérygion est injecté ou pâle et peu saillant. Dans le premier cas, il est dit vasculaire, dans le second, membraneux.

Le ptérygion peut rester longtemps stationnaire sans causer de gêne au malade et ne faire de progrès que par saccades, à la suite d'irritations, lorsqu'une nouvelle inflammation gagne le globe oculaire.

Enlevé d'après certaines méthodes, le ptérygion offre de grandes chances de ne pas récidiver. Si l'on n'attend pas trop tard pour intervenir, le pronostic est favorable. Quand le ptérygion a envahi toute la pupille, le pronostic est moins favorable. A l'endroit du ptérygion succède une tache qui empêche la lumière de pénétrer dans l'œil. Si le ptérygion est petit, que sa base soit peu large, il est inoffensif et il vaut mieux n'y pas toucher. Ceux à base très large sont sujets à récidives.

On connait l'opération du ptérygion depuis les Grecs et les Romains. On ne doit opérer que les ptérygions qui aient une tendance à envahir la cornée ; s'ils sont stationnaires, s'ils ne recouvrent qu'une portion très limitée de la cornée, on peut les laisser, à moins que ce ne soit chez une dame ou qu'il y ait d'autres motifs. Le traitement du ptérygion consiste à l'enlever, à le déplacer ou à en faire la ligature. L'usage des caustiques, des astringents et autres agents irritants doit être complètement rejeté. Le procédé qui consiste à enlever le ptérygion dans sa totalité et à réunir la plaie conjonctivale a surtout été préconisé par Coccius. Chez le malade qui fait le sujet de cette clinique nous allons couper toute communication entre la conjonctive et la cornée. Nous allons enlever complètement le ptérygion, puis disséquer la conjonctive au-dessus et au-dessous, puis l'on fermera la plaie conjonctivale par une suture. La cornée pourra alors se guérir isolément.

De Wecker se contente de dégager le ptérygion sans l'exciser. A l'aide de deux coups de ciseaux dirigés vers la caroncule, il refoule le ptérygion vers l'angle interne, et si, quelques jours après, il survient un œdème très accusé qui gêne le mou-

vement des paupières, il enlève la tête du ptérygion d'un coup de ciseaux.

Desmarres a indiqué un procédé dont le grand avantage est de conserver la muqueuse et cela en déplaçant simplement le ptérygion détaché de la cornée et de la conjonctive bulbaire. Ce mode opératoire a pour inconvénient de laisser une partie de la muqueuse à découvert là où l'on a dévié le ptérygion, place vers laquelle la conjonctive sera attirée pendant la période de cicatrisation, ce qui facilite les récidives.

Le procédé de ligature est de Szokalski. Il est très peu employé. Il consiste à introduire deux aiguilles enfilées à un même fil de soie : l'une à travers la tête du ptérygion au niveau du bord de la cornée, l'autre vers la base du point conjonctival En coupant les fils au niveau des deux aiguilles on se trouve à avoir trois sutures qu'on laisse en place pendant trois jours. Ce procédé offre l'inconvénient de produire un œdème considérable de la conjonctive.

SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Association Médicale du Canada.

ASSEMBLÉE ANNUELLE TENUE A TORONTO LES 6, 7 ET 8 SEPT. 1882.

Présidence du Dr G. E. Fenwick, *de Montréal.*

Le Dr Osler, de Montréal, donne lecture d'une note sur *l'Echinocoque de l'homme.* Cette maladie qui est très grave est communiquée à l'homme au moyen du *tænia echinococcus* du chien. Tous les organes en souffrent plus ou moins et l'on constate la présence de kystes hydatides dans le foie, les reins, le poumon etc. La maladie est rare en Amérique. L'auteur n'en a pu recueillir que 61 cas dans toute l'Amérique et 9 seulement pour le Canada. Si cette affection est si rare parmi nous, cela doit être dû à ce qu'ici les chiens n'en souffrent pas. En Irlande un grand nombre de chiens en sont affectés. Une fois introduit dans le système, l'échinocoque se développe, donnant naissance à des kystes hydatides de divers organes, comme il vient d'être dit, tandis que les germes du tænia solium provenant de la viande de porc produisent le ver solitaire que l'on connaît. Le traitement de cette maladie se résume à faire la médecine des symptômes. Dans quelques cas d'hydatides du foie on pratique la ponction. La guérison peut être spontanée, quand le kyste s'ouvre au dehors.

Le Dr Cameron, de Montréal, présente un travail sur *l'em-*

ploi du forceps de Tarnier et l'indication de faire les tractions suivant l'axe du bassin.

Il est reconnu que la tête doit suivre la courbure de l'axe du bassin, et la question est de savoir quel est le meilleur moyen d'aider la nature. Quelques-uns conseillent la traction, d'autres l'usage du levier, ou encore la compression, d'autres enfin une sage combinaison de ces divers moyens.

Après avoir expliqué la différence qu'il y a entre la *vis a tergo* des contractions utérines et la *vis a fronte* du forceps, l'auteur indique les avantages et les inconvénients des diverses formes de forceps. On sait que tant que la tête n'a pas franchi le détroit supérieur et la partie supérieure de la cavité, les tractions doivent être faites d'avant en arrière; qu'au contraire, on doit les faire d'arrière en avant une fois que la tête, étant arrivée dans la cavité, n'a plus qu'à franchir le détroit inférieur.

Or, si le forceps droit a l'avantage de ne pas empêcher la rotation naturelle de la tête dans l'excavation, il a aussi le désavantage de venir en contact avec le coccyx ou la symphise pubienne, quand il faut l'appliquer au détroit supérieur; de plus il est très apte à glisser sur la tête de l'enfant et expose ainsi à des déchirures des parties molles. Le forceps courbe à l'inconvénient de ne pas s'adapter exactement à la direction de l'axe du bassin ; par conséquent les tractions ne sauraient se faire suivant cet axe; il est moins exposé à glisser. C'est dans le but de parer aux inconvénients de ces deux instruments que Tarnier a inventé le forceps qui porte aujourd'hui son nom. Ce forceps qui est aussi à double courbure exerce les tractions suivant l'axe du bassin. C'est un instrument puissant et qui saisit fortement la tête sans l'empêcher toutefois d'exécuter sa rotation. Il a cependant l'inconvénient de coûter cher, de s'appliquer difficilement et de produire parfois des contusions ou déchirures de la cavité pelvienne et une trop grande compression de la tête de l'enfant.

Le Dr Alloway, de Montréal, communique une note sur le *Traitement de l'avortement.* Quand l'avortement est devenu inévitable, le plus grand danger vient de l'hémorrhagie. Plusieurs moyens ont été conseillés pour contrôler celle-ci, entre autres l'usage de l'ergot, le tamponnement, l'emploi du doigt, celui de la pince à faux germe. Quelques-uns de ces procédés sont plus faciles à conseiller qu'à mettre à exécution. L'auteur considère que le tampon ne sert qu'à faire perdre du temps tout en compromettant la vie de la malade qu'épuise l'hémorrhagie. La pince à faux germe (*placental forceps*) n'est pas un instrument bien sûr et peut devenir positivement dangereuse. La plupart

du temps, le doigt seul ne peut pas réussir à détacher les masses placentaires. Celles ci doivent être expulsées à tout prix ; si on les laisse se putréfier dans la cavité utérine elles amèneront la septicémie. Pour le Dr Alloway, la curette utérine (*uterine-scoop*) est l'instrument qui donnera dans ces cas le plus de satisfaction. Au moyen de cette curette, il détache avec soin la masse placentaire de la paroi de l'utérus, sans danger pour la malade. A la rigueur, le même résultat peut être obtenu en se servant de l'index, mais alors celui-ci doit être passablement long.

Le Dr Tye, de Chatam, fait observer que nous sommes actuellement à traverser une période qu'on pourrait appeler *l'âge de fer* de la gynécologie. Ce ne sont que nouveaux instruments ou nouvelles modifications d'instruments, forceps, curettes etc, et à la vue de cet arsenal il y a lieu de se féliciter de n'être pas femme. Il est d'avis que les meilleurs instruments sont ceux que la nature nous fournit, et qu'en fait de curette il n'en est pas de meilleure ni de plus utile que le doigt, qui a, sur la curette métallique, l'avantage d'être doué de sensibilité tactile.

Le Dr Rodger, de Montréal, croit que le tampon rendrait de meilleurs services si on savait mieux l'appliquer ; il en est de même de la pince à faux germe. Quant à la curette présentée par le Dr Alloway, elle peut faire du mal en blessant la paroi utérine et être une cause d'hémorrhagie.

Le Dr MacDonald dit que tous les moyens dont on vient de parler ont leurs avantages et leurs inconvénients. Quant aux instruments eux-mêmes, c'est la main de l'opérateur qui, souvent, fait le danger ou l'innocuité de leur emploi. On s'exagère peut être les dangers de l'emploi de la curette, de même que l'on s'est sans aucun doute exagéré le danger de la rétention des membranes après la sortie du fœtus.

Le Dr T. G. Roddick, de Montréal, présente un malade qui avait souffert durant plusieurs mois de *Torticolis spasmodique grave* et qu'il a pu guérir, au moins momentanément, par la cautérisation de la région cervicale. Dans ce cas-ci les spasmes du muscle sterno-cleido-mastoïdien étaient tellement énergiques que le malade était obligé de se tenir la tête entre les mains pour maitriser les secousses. La faradisation, l'atropine et le bromure de sodium avaient été mis en usage pendant des mois entiers, mais sans qu'aucune amélioration se fut produite. Le Dr Roddick pratiqua alors la section sous cutanée du muscle malade. L'opération fut suivie d'une amélioration marquée, mais les symptômes se manifestèrent de nouveau, et, au bout d'un mois, étaient aussi intenses qu'avant l'opération.

Voyant cela, le Dr Roddick eut recours à l'application du cautère actuel sur la région cervicale de la moëlle épinière. Une première cautérisation fut suivie d'une amélioration marquée, et fut répétée au bout d'un mois. Cette fois, le soulagement fut complet et le malade s'est bien porté depuis, (juin 1882,) et a même pu se remettre au travail.

Le Dr G. W. Major, de Montréal, donne lecture d'un travail sur *le repos du larynx et la trachéotomie dans les affections laryngiennes.* Le repos est de première nécessité dans les maladies de cet organe, comme il l'est dans celles des autres appareils. Les gargarismes ne font ici aucun bien, non plus que dans les maladies de la gorge, et doivent être mis de côté. Souvent il n'y a pas d'autre moyen d'assurer le repos du larynx que la trachéotomie. Trois phénomènes physiologiques principaux sont de nature à nuire au repos de l'organe: la phonation, la respiration et la déglutition ; or les mauvais effets des deux premiers sont annihilés par la trachéotomie. Le Dr Major recommande l'usage de canules d'or, au lieu et place des canules d'argent dont on se sert ordinairement après l'opération. Il dit que même dans l'aphonie ou la dysphonie hystérique il faut essayer de tenir le larynx en repos. Il insiste enfin sur un signe précieux des tumeurs malignes du larynx et de la gorge, qui est l'induration des ganglions lymphatiques situés sous le bord antérieur du tiers moyen du sterno-cleido-mastoidien. D'après l'expérience de l'auteur, cette induration ne se montre pas dans les cas de lésions syphilitiques ou vénériennes.

Le Dr Louis Elsberg, de New-York, appuie les remarques du Dr Major en ce qui concerne les gargarismes, et aussi le repos à donner au larynx. Dans beaucoup de cas les gargarismes peuvent être remplacés avec avantage par des badigeonnages de la gorge ou l'inhalation de vapeurs médicamentées. Dans les cas d'inflammation intense, d'ulcères syphilitiques ou malins ou de néoplasmes, en un mot, chaque fois qu'il y a rétrécissement du larynx, il faut recourir à la trachéotomie, non comme à un procédé curatif, mais dans le but de soulager le malade et de prolonger la vie.

Le Dr J. A. Grant, d'Ottawa, communique une observation sur le *Cancer de la mamelle en rapport avec la maladie de Paget.* Sir James Paget a été, comme on le sait, le premier à faire observer les rapports intimes existant entre l'eczéma chronique du mamelon et le cancer de la glande mammaire. Il avait même formulé l'axiôme suivant : "Quand la peau de l'aréole et du mamelon est soumise, pendant une période de trois ou quatre années, à l'action d'une cause irritante quel-

conque, la malade étant à l'âge où survient ordinairement le cancer, celui-ci se développe presqu'infailliblement dans la mamelle." Le Dr Thin qui a étudié l'anatomie pathologique de cette tumeur ainsi développée conclut que le cancer envahit ici les conduits galactophores, originant primitivement dans l'épithélium de ces conduits, ce qui le distingue du véritable squirrhe ou cancer du parenchyme qui prend naissance dans l'épithélium des *acini*. La maladie de Paget est donc une *dermatite papillaire maligne* qu'il ne faut pas confondre avec l'eczéma vulgaire ou dermatite bénigne, laquelle ne donne jamais lieu à des manifestations cancéreuses. L'âge de la personne, la durée de la maladie, son caractère rebelle, la limitation bien définie de la dermatite, l'existence d'une infiltration papillaire, nous font voir que nous avons affaire à une maladie sérieuse. Quoiqu'il en soit, il semble y avoir une analogie et même un certain rapport de cause à effet entre l'eczéma de la surface et le cancer des parties sousjacentes ou plus profondes.

Le Dr SHEPHERD, de Montréal, donne lecture du *rapport annuel sur les progrès de la chirurgie*. Il mentionne d'abord les progrès faits dans le traitement des blessures. Aujourd'hui, tous les chirurgiens, on peut le dire, sont en faveur des précautions antiseptiques dans la pratique chirurgicale, mais tous n'admettent pas les idées de Lister. Au reste nous n'avons pas que l'acide carbolique pour en venir là. On peut obtenir le même but par la simple propreté, le pansement à l'iodoforme, à l'acide salicylique, à l'acide borique, le pansement sec, la compression, etc. Le Dr S. croit que le glycéré d'acide borique est préférable même à l'acide carbolique.

La *théorie de l'inflammation*, telle que nous la connaissons aujourd'hui, tend à démontrer que l'inflammation est dûe à l'introduction de germes atmosphériques dans les tissus lesés, et que si l'on réussit à empêcher l'introduction de ces germes, la blessure guérit sans inflammation. Cette théorie vient d'avoir une rivale. Le Dr Bardon Sanderson prétend que "l'inflammation est l'effet physiologique du traumatisme;" c'est-à-dire que les exsudats provenant d'une inflammation normale ne sont pas infectieux, que quand une inflammation devient infectieuse, elle ne le devient qu'à cause de certaines altérations chimiques du liquide exsudé, altérations que l'on rapporterait à la présence de bactéries, les germes atmosphériques n'étant pas par eux-mêmes une cause de danger.

Le Dr S. mentionne ensuite les nouveaux procédés de *greffe à l'éponge* et de *greffe osseuse* qui ont donné entre les mains de leurs inventeurs de bons résultats.

On peut dire qu'aucun organe, aucune région ne sont regardés

comme sacrés par le chirurgien moderne. On fait l'excision du poumon tuberculeux et du foie; on excise aussi l'estomac et l'intestin affectés de cancer ; le rein est ouvert et même enlevé totalement dans certains cas de calculs rénaux, cancer, pyélite, etc., et toutes ces opérations hardies sont couronnées de quelques succès.

Le rapport se termine par quelques considérations sur le traitement du pied bot et la pathologie de certaines maladies articulaires contre lesquelles on a conseillé la résection des surfaces articulaires.

Tous les membres présents se prononcent en faveur des précautions antiseptiques dans le traitement des blessures, de quelque manière que ces précautions soient prises, la mise en usage des prescriptions de Lister n'étant pas considérée comme nécessaire à l'application des principes de l'*antisepticisme*.

Le Dr Tye, de Thamesville, présente le *Rapport du comité de thérapeutique*. Parmi les remèdes et médicaments que l'on a préconisés dernièrement, il mentionne l'électricité statique, remise en honneur par Charcot, et employée contre les contractures, la chorée, l'anesthésie, la neurasthénie, etc ; la galvanisation du cerveau dans le diabète insipide et la mélancolie, la pilocarpine et le jaborandi que l'on a vantés récemment dans le traitement de la diphthérie mais dont les résultats ne sont pas satisfaisants ; l'ergot conseillé contre la coqueluche, et qu'il guérit, dit-on, en une ou trois semaines ; la nitro-glycérine, préconisée contre certaines affections cardiaques, l'angine de poitrine, les convulsions éclamptiques, la maladie de Bright, etc; les inhalations antiseptiques tant recommandées surtout par le Dr Mackenzie, d'Edimbourg, dans la phthisie pulmonaire, (3 parties de créosote pour 1 partie d'acide phénique) etc.

Le Dr Harrison, de Selkirk, rapporte quatre cas assez particuliers relatifs à une variété de *fièvre* et présentant les symptômes suivants : Débuts insidieux, comme ceux d'une fièvre rémittente, légère sensibilité abdominable, épistaxis, céphalalgie, rachialgie cervicale, puis la maladie prend le caractère intermittent, forme quotidienne ou tierce ; la quinine ne produit aucun effet marqué ; il y a strabisme, courbure du cou, contractions musculaires très douloureuses en divers endroits et assez intenses pour arracher des cris au malade; durée de 4 à 14 jours. Deux des patients moururent, vers la 12e semaine après le début des symptômes, la mort semblant être dûe à l'épuisement pur et simple. Ce qu'il y eut de particulier, c'est la tendance de la maladie à changer de type et de caractère, allant de l'intermittence à la simple rémission et la longue durée de l'affection. Pas d'autopsie.

La plupart des membres qui prennent la parole sur cette question sont d'avis que la maladie doit être une forme de la méningite cérébro-spinale. Cependant, le Dr Ross, de Montréal, maintient qu'il est impossible de se former une idée juste de la nature de cette affection, vû l'absence de renseignements et de nécropsie. Plusieurs maladies, entre autres les suppurations de quelqu'organe profondément situé, peuvent donner naissance à des symptômes analogues à ceux qui ont été observés ici. Il mentionne en particulier la néphrite et l'endocardite ulcéreuse.

Le Dr MULLIN, de Hamilton, donne lecture d'un travail sur la *Diphthérie*. La diphthérie est une maladie qu'il importe beaucoup de bien diagnostiquer. Plusieurs formes de tonsillite ou de pharyngite sont prises pour de la diphthérie. Cette maladie doit être combattue par un traitement à la fois local et général. D'après l'auteur, les micro organismes qui infestent la gorge et les amygdales dans ces cas, jouissent d'une vitalité telle qu'il est très difficile de les détruire. On doit cependant le faire, soit au moyen des cautérisations, soit autrement. Parmi les topiques les plus recommandables, nous avons le soufre et les sulfures, l'acide salicylique, l'acide phénique, la pepsine, la créosote, l'acide lactique, l'eau de chaux, etc., etc. Il y a aussi les irrigations et les vaporisations de l'arrière gorge. Quant à la trachéotomie, il faut y avoir recours quand les autres moyens nous font défaut. Quelques médecins prétendent que dans beaucoup de cas de diphthérie *la force médicatrice de la nature* suffit à amener la guérison ; par contre, il arrive parfois que, en dépit de tous les efforts, la maladie se termine fatalement.

Le Dr HOLMES, de Chatam, communique une observation sur le *choléra des enfants*, insistant surtout sur l'étiologie et le traitement de cette affection. Les grandes causes du choléra infantile sont, d'une part, l'élévation persistante de la température et l'humidité atmosphérique, une ventilation imparfaite, un défaut dans le drainage des habitations, et l'usage de vêtements trop chauds, et, d'autre part, une nourriture indigeste ou insuffisante. Ce qu'il y a à faire tout d'abord, c'est d'enlever ces diverses causes. Puis il faut amener l'abaissement de la température et faire en sorte que les selles reprennent leur caractère normal. La surface du corps toute entière peut être lotionnée avec de l'eau froide additionnée ou non d'alcool ; l'enfant ne sera vêtu que légèrement, surtout durant les plus grandes chaleurs, et ne devra prendre que le lait maternel autant que possible. Pas d'opium autant que faire se peut ; éviter également l'usage des astringents. L'huile de ricin fera

beaucoup de bien, surtout au début. Plus tard on pourra administrer le bichlorure de mercure à doses fractionnées.

Le Dr STEWART, de Brucefield, rapporte *trois cas de sciatique et un cas de névralgie du moignon traités par l'élongation du nerf sciatique.* Un des cas de sciatique fut tout à fait guéri et les autres éprouvèrent un soulagement considérable. Dans tous les cas on prit les précautions antiseptiques ordinaires. Le Dr S. est d'avis que l'éther doit être employé pour l'anesthésie, de préférence au chloroforme. Suivant lui, l'élongation des nerfs est, 97 fois sur 100, suivie ou de succès complet ou d'amélioration notable.

Le Dr L. C. PRÉVOST, d'Ottawa, donne lecture d'une observation sur un cas de *tumeur cancéreuse des os du crâne.* (1)

Le Dr CAMERON, de Toronto, présente un cas de *paralysie pseudo-hypertrophique* observée chez un garçon de 11 ans. Le traitement consista dans l'emploi du courant galvanique, des toniques généraux, arsenic, fer, huile de foie de morue, etc., mais sans aucun succès.

Le Dr BLACK, de Uxbridge, relate aussi un cas d'*échinocoque du foie.* Le kyste était considérable et impliquait aussi la rate; il entraîna la mort en s'ouvrant dans le poumon. Le Dr B. présente les pièces pathologiques relatives à ce cas.

Le Dr WRIGHT, d'Ottawa, présente une observation au sujet d'un cas de *Grossesse-Fantôme,* chez une femme qui, ayant déjà eu deux enfants, se croyait enceinte de nouveau. L'abdomen était tuméfié, et la malade (?) disait éprouver les mouvements d'un fœtus. On crut d'abord à l'existence d'une tumeur ovarienne, mais la personne ayant été mise sous l'influence du chloroforme, on découvrit bientôt la véritable nature du cas.

Cette femme n'était pas hystérique Les mouvements dont elle se plaignait et qu'elle rapportait à la présence d'un fœtus étaient très violents et douloureux, et devaient être de la nature des spasmes.

Le Dr ELLIS, de Toronto, communique une note sur la *composition chimique du lait des vaches qui se nourrissent des déchets des distilleries.* Ce lait renferme une plus grande proportion de matières grasses que le lait des autres vaches. Les autres constituants solides ne sont pas accrus en quantité.

Le Dr HINGSTON, de Montréal, présente un travail sur *quelques obstructions des voies aériennes.* Les cas d'obstruction des narines par des boutons, pois, etc., sont assez fréquents, surtout chez les enfants. Le Dr H. rapporte le cas d'une dame chez qui une fausse dent s'était logée dans la trachée. Après un

(1) Voir notre livraison d'octobre, page 463.

grand nombre de tentatives infructueuses, la trachéotomie fut pratiquée et la dent extraite.

Le Dr Roddick exprime l'opinion que dans ces cas il est peut être préférable d'avoir recours à l'opération tout de suite, avant que d'essayer tout autre moyen, vû les lésions que l'on peut produire sur la muqueuse du larynx quand il s'agit d'en extraire des corps de forme irrégulière comme par exemple une dent artificielle.

Le Dr Fulton, de Toronto, lit un travail sur le *polype fibreux de la vessie* et rapporte un cas où un polype de ce genre s'est montré chez un enfant. Il y avait tous les symptômes d'un calcul, pus dans l'urine, douleurs, etc. Un fragment de la tumeur fut même expulsé avec l'urine. Finalement, l'enfant mourut par rupture de la vessie. L'auteur croit que la cystotomie est la seule manière d'intervenir dans des cas semblables.

Le Dr Ryerson, de Toronto, communique une note sur les *polypes du nez* pour l'ablation desquels il préfère de beaucoup le serre-nœud au forceps. Il recommande aussi fortement l'acide acétique glacial, comme application topique.

Le Dr Walker, de Détroit, présente quelques considérations sur *la lithotritie* telle qu'elle se pratique de nos jours, et dit avoir eu à se louer de la méthode et de l'instrument de Bigelow dans plusieurs cas.

Le Dr Goodwillie, de New-York, présente une étude sur *l'opération du bec-de-lièvre immédiatement après la naissance.* Ce qu'il importe de faire ici, c'est de sauver le plus de tissu possible. Par conséquent, le meilleur temps pour faire l'opération est immédiatement après la naissance, alors que les tissus mous, comme les tissus durs, ne sont pas encore séparés dans une grande étendue. Le Dr G. décrit ensuite le mode opératoire adopté par lui et qui présente les avantages suivants :

1o L'ouverture du palais dur est fermée dans tous les cas où l'os est suffisamment développé.

2o La crête alvéolaire et les racines des dents sont saufs, de sorte que la bouche garde sa forme normale et les dents peuvent aussi se développer normalement.

3o Le nez, qui est presque toujours dévié dans ces cas, est ramené dans sa position première, et les narines distendues outre mesure reprennent leurs proportions ordinaires.

4o La face n'est déformée en aucune façon.

Le Dr Reeves, de Toronto, lit une note sur les *maladies de l'orbite*, et insiste sur l'importance qu'il y a de diagnostiquer ces cas à bonne heure et d'enlever le plus tôt possible les tumeurs qui se développent à cet endroit. Souvent

le diagnostic est difficile et l'on doit avoir recours à la ponction exploratrice. Dans quelques cas de tumeur maligne v. g. sarcome, épithéliôme, gliôme, il peut devenir nécessaire d'enlever le globe oculaire envahi par le néoplasme.

Le Dr Ferguson, de Toronto, rapporte trois cas d'*eczéma* traités avec succès par l'usage interne du *Viola Tricolor* et l'emploi simultané de bains au conium.

Le Dr Fenwick, de Montréal, communique quelques remarques au sujet de la *résection du genou*. Quand on pratique cette opération chez les enfants, il est important de laisser au membre la faculté de pouvoir continuer à s'accroître, et par conséquent de respecter les points épiphysaires en n'enlevant que la surface articulaire. L'auteur a rencontré, en tout, 26 cas, dont 22 ont guéri et conservé l'usage du membre malade.

Le Dr Cameron, de Toronto, présente un malade qui, six mois auparavant, avait eu une *fracture de l'ilium avec luxation (en arrière) de la tête du fémur*. Comme ce malade boite considérablement, il y a lieu de croire que la luxation n'a pas été réduite. Le Dr C. présente aussi un cas de *fracture—non encore unie—de la cuisse*, le sujet pouvant marcher très bien avec l'aide d'un appareil, et enfin, un autre cas de *tumeur récurrente du maxillaire supérieur*. Dans ce dernier cas, les parties molles ne sont pas encore intéressées. Pas de symptômes constitutionnels.

Le Dr Worthington donne ensuite lecture d'un rapport spécial sur la *climatologie*, appuyant surtout sur la question de la fièvre intermittente. Il dit que cette fièvre ne sévit pas avec autant de rigueur qu'autrefois dans Ontario, attendu que le sol est plus cultivé et mieux égoûté. Là-dessus le Dr Osler fait remarquer que la fièvre se montre aujourd'hui dans certains endroits où il y en avait fort peu jadis, v.g. certains États de la Nouvelle-Angleterre, New-York, etc, et aussi aux environs de Montréal. A Montreal même les cas en sont de plus en plus fréquents.

Le Dr Canniff présente le rapport du Comité de Santé et des statistiques vitales, rapport dont les conclusions sont adoptées comme suit :

1° Pour le présent, les statistiques sanitaires seront limitées aux cités et aux grandes villes de la Puissance ; elles seront publiées tous les mois, et les conclusions pratiques qu'on en tirera seront aussi publiées tous les mois et communiquées à qui de droit.

2° A l'avenir, une commission nommée par le gouvernement fédéral s'entendra avec les divers gouvernements locaux pour en venir à une entente, afin d'adopter des mesures sanitaires

qui devront servir de base au projet de loi qui sera élaboré par le gouvernement de la Puissance.

3° Cette commission se composera de deux médecins, ou plus, qui, conjointement avec un aviseur légal, auront mission d'étudier à fond cette question et de préparer les projets nécessaires à la mise en pratique des réformes sanitaires projetées.

L'Association Médicale du Canada s'ajourne ensuite jusqu'au premier mercredi de septembre 1883, la réunion devant avoir lieu à Kingston.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Du traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique.—A propos de la communication que vient de faire M. Vulpian à l'Académie de Médecine de Paris sur cet intéressant sujet, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur soumettant l'opinion de divers auteurs sur ce mode particulier de traitement de la fièvre entérique.

Stricker ayant expérimenté l'acide salicylique contre la fièvre typhoïde était parvenu, disait-il, à abaisser la température et surtout à la régulariser. Après lui, M. Gubler fut loin d'obtenir les mêmes résultats, aussi ne crût-il guère qu'aux effets topiques, externes de ce remède. Ringer, bien que convaincu des propriétés antipyrétiques de la Salicine et de ses dérivés, dit qu'il est loin d'être prouvé que ces médicaments puissent abréger la durée de la maladie ou abaisser le chiffre de la mortalité. Gotthammer, après avoir employé l'acide salicylique dans cinquante six cas de fièvre typhoïde, n'a conservé pour ce remède qu'une médiocre estime. Quelques-uns le prescrivent de préférence à la quinine, d'autres, comme Hallopeau, prétendent obtenir de meilleurs effets par l'emploi alternatif de ces deux médicaments. Il faut dire que jusqu'alors les résultats avaient été douteux et que la généralité des praticiens étaient peu en faveur de cette médication. M. Martineau, entre autres, communiquait à la Société de Thérapeutique que ni dans le rhumatisme articulaire aigu, ni dans la fièvre typhoïde, il n'avait pu réussir à abaisser la température et le pouls au moyen de l'acide salicylique. Cependant, Jacobi de New-York, au cours d'une leçon clinique à l'Hôpital Bellevue, en parle avec quelqu'éloge. " L'acide salicylique et le salicylate de soude, dit-il, sont employés dans le but

de réduire la température quand celle-ci est trop élevée. J'ai déjà eu, il y a quelque temps, occasion de parler de ces deux remèdes qui, dans le cas d'une élévation considérable de la température au cours d'une fièvre typhoïde, peuvent faire beaucoup de bien. Je n'hésite donc pas à en recommander l'usage, malgré qu'on ait reproché à l'acide salicylique de favoriser la production de l'épistaxis et des hémorrhagies en général. Il est vrai que de temps à autre quelqu'hémorrhagie se manifeste dans les cas où il y a prédisposition, mais il ne faut pas croire que cet accident soit dans tous les cas dû à l'acide salicylique, car nous savons que dans le cours de la fièvre typhoïde les hémorrhagies ne sont pas rares.

" Quand, dans le traitement d'une fièvre typhoïde, on a réussi à abaisser la température, la moitié du chemin est fait. Rappelez-vous donc que le but principal doit être de diminuer le dégré de chaleur animale et de procurer au malade tout le comfort possible. Vous ne pouvez pas, il est vrai, abréger la durée de la maladie, mais il y a une grande différence entre une fièvre typhoïde durant trois ou quatre semaines avec une température de 104° ou 105° Fahr., et une autre dont la durée n'est que de trois semaines et où la température n'excède pas 101° ou 102°. Dans beaucoup de cas la mort n'est pas dûe à la maladie elle même mais aux complications; d'autres meurent après que la convalescence est pleinement établie, et plus celle-ci est prolongée, plus elle aura de chances d'être compliquée, quelque puisse être, du reste, la complication. Le salicylate de soude peut être administré à un enfant à dose de trois à six grains, trois, quatre ou cinq fois en 24 heures et réussira parfois à abaisser une température sur laquelle la quinine n'aura eu aucun effet. Je répéterai ce que j'ai déjà dit ailleurs, à savoir que quand la quinine reste sans effet, et que l'acide salicylique ne fait également rien, une combinaison de ces deux remèdes donnera parfois d'étonnants résultats; j'ai eu occasion de vérifier ces résultats tant dans ma pratique privée qu'à l'hôpital."

Les récentes recherches de M. Vulpian viennent de réveiller au sujet de l'acide salicylique l'attention du public médical et auront sans doute pour effet de provoquer de nouvelles découvertes dans le mode d'action des divers médicaments antipyrétiques employés jusqu'ici dans la thérapeutique de la maladie qui nous occupe.

Nous empruntons au *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* le résumé suivant de la communication de M. Vulpian.

" Il parait avéré que la fièvre typhoïde est une maladie

infectieuse comme les autres, avec un parasite dans le sang, que l'on s'efforce d'atteindre sans avoir jusqu'ici bien réussi.

" On oublie beaucoup aujourd'hui le traitement par le sulfate de quinine, très préconisé autrefois par Beau. Le sulfate de quinine est pourtant un des plus puissants antiseptiques. Il avait été rappelé par M. Hallopeau l'année dernière. Le traitement par l'acide phénique a provoqué un enthousiasme qui nous avait paru excessif. En effet, dans une récente discussion de la Société Médicale des Hôpitaux, nous avons vu que ceux mêmes qui avaient si bien accueilli la médication par l'acide phénique l'abandonnaient à cause des dangers qu'elle comporte. C'est ainsi que M. Siredey, par exemple, fait savoir qu'il ne donnait plus de lavements phéniqués que pour modifier la fétidité des selles, et, aussitôt après avoir donné un lavement phéniqué, donnait un grand lavement pour en provoquer l'évacuation avant l'absorption. Cela se conçoit, l'intoxication phéniquée est un phénomène redoutable, et ça a toujours été un sujet d'étonnement pour les chirurgiens de voir les médecins prescrire avec une libéralité effrayante l'acide phénique à l'intérieur, tandis qu'eux, toujours à l'affût de l'absorption par la peau ou sur les plaies, se préoccupent sans cesse des inconvénients de ce précieux antiseptique.

" De l'aveu de tous, du reste, s'il est vrai que l'acide phénique abaisse la température, il ne modifie en rien la marche de la maladie.

" M. Vulpian a voulu essayer les autres antiseptiques et a employé l'iodoforme, le salicylate de bismuth, l'acide borique. le phénate de soude et l'acide salicylique.

" L'iodoforme, l'acide borique jusqu'à 12 grammes par jour, le phénate de soude jusqu'à 9 grammes ne lui ont rien donné.

" Le salicylate de bismuth jusqu'à 12 grammes par jour a abaissé la température, les selles ont été désinfectées, l'amélioration a été générale. mais il y a eu de la dyspnée, des hémorrhagies nasales et intestinales.

" M. Vulpian a donné ensuite l'acide salicylique en poudre, suivant un mode d'administration très simple, 25 à 30 centigrammes dans du pain à cacheter toutes les deux heures jusqu'à 6 ou 7 grammes pour les vingt quatre heures ; chaque administration doit être suivie d'ingestion de liquide, d'un peu de bouillon ou de vin. En général, le médicament est bien supporé.

" Le seul accident qui lui parait attribuable à l'acide salicylique, c'est un peu de délire. Il n'a vu ni dyspnée ni hémorrhagie. Le résultat a été un abaissement de la température comme avec l'acide phénique, mais plus persistant. L'état

général a été très favorablement modifié. Mais la durée de la maladie n'a pas paru sensiblement influencée. M. Vulpian conclut donc que, sans constituer un agent curatif de la fièvre typhoïde, l'acide salicylique exerce sur cette maladie une action modératrice assez puissante pour mériter de prendre place parmi les meilleurs modes de traitement. Il se demande même si on ne pourrait pas l'employer à titre de prophylactique, et si cette substance, impropre à détruire le poison typhique une fois l'économie bien envahie, ne serait pas suffisante pour en empêcher l'invasion. On sait du reste qu'un homme sain supporte très bien 2 grammes d'acide salicylique par jour.

" Au cours de la discussion, M. Bouchardat a justement appelé l'attention sur la térébenthine, agent antiseptique très puissant, très diffusible et malheureusement un peu négligé dans toutes ces recherches.

" En somme, c'est une question qui reste à l'étude. Il est impossible de nier que les antiseptiques aient fait quelque chose dans cette voie, si on n'oublie pas que les antiseptiques ont des actions électives très diverses et agissent très variablement sur les différents micro-organismes. Mais, en tous cas, le lecteur sera frappé de cette proposition de l'acide salicylique à doses prophylactique et quotidienne, alors qu'il y a peu de temps c'était avec une véritable violence que l'emploi de ce sel était pourchassé. L'acide salicylique nous envahit de toutes parts, disait-on, c'est un poison des plus dangereux ; et l'on incriminait même les doses les plus insignifiantes. Les plus sages ont toujours pensé qu'il y avait là une exagération singulière, et que le mieux était de limiter l'emploi d'une substance assez peu offensive pour qu'on en abusât sans le savoir."

—

Action physiologique et thérapeutique du muguet (*convallaria maïalis*) : **son emploi dans les affections cardiaques.**—M. le professeur G. Sée, a présenté dernièrement à l'Académie de Médecine de Paris, une étude des plus intéressantes sur ce médicament connu depuis longtemps des paysans russes qui le regardaient comme un puissant moyen de guérir l'hydropisie.

Le *Bulletin Général de Thérapeutique* reproduisant *in extenso* le travail de M. Sée, nous en présentons aujourd'hui un résumé à nos lecteurs.

Les expériences faites sur les animaux à sang froid ont démontré que le muguet est un poison qui doit, comme la digitale, etc., être rangé dans la classe des substances qui arrêtent le cœur en systole ventriculaire.

Chez les animaux supérieurs, v.g. le chien, les premiers phénomènes qui caractérisent l'action du muguet sont : *a.* le ralentissement des mouvements du cœur ; *b.* l'augmentation de pression de 16 centimètres de mercure ; *c.* en même temps les mouvements respiratoires deviennent plus amples et un peu moins fréquents. C'est là la période qu'on peut appeler thérapeutique. Elle est suivie d'une autre, caractérisée par une irrégularité extrême dans le rythme, des troubles dans l'énergie des pulsations, des intermittences du cœur suivies de systoles rapides. La respiration est de plus en plus ample et ralentie ; vomissements. Enfin, une période toujours suivie de mort succède aux précédentes. La pression sanguine augmente, et le pouls devient si rapide qu'il est impossible de le compter ; il est en même temps très faible. L'amplitude des mouvements respiratoires augmente. Puis, la pression baisse : les respirations, de plus en plus profondes, se ralentissent considérablement. Le cœur, toujours plus faible, s'arrête, la pression tombant à zéro. Enfin les mouvements respiratoires cessent à leur tour. Sous l'influence du muguet, l'excito-motricité des nerfs et le pouvoir réflexe des centres nerveux restent intacts. Pas d'effets diurétiques chez le chien.

Quant aux effets physiologiques et thérapeutiques chez l'homme, M. le professeur Séo les résume ainsi :

1°. Le *convallaria maïalis* ou muguet constitue un médicament cardiaque des plus importants.

2°. Sous la forme d'extrait aqueux de la plante totale, administré à la dose de 1 gramme à 1 gramme et demi par jour, le maïalis produit sur le cœur, les vaisseaux et la respiration, des effets constants et constamment favorables, à savoir : le ralentissement des battements du cœur, souvent avec rétablissement du rythme normal ; d'une autre part l'augmentation d'énergie du cœur, ainsi que de la pression artérielle, avec régularisation des battements artériels exagérés ; enfin, le pouvoir respiratoire acquiert plus de force inspiratoire, et les sensations du besoin de respirer sont moins impérieuses, moins pénibles.

3°. L'effet le plus puissant, le plus constant, le plus utile, c'est l'action diurétique, qu'il importe avant tout d'obtenir dans le traitement des hydropisies cardiaques. Après la cessation du médicament, son action diurétique se maintient trois à six jours, puis elle disparait sans que la dyspnée et l'hydropisie reparaissent. Les urines tout en étant augmentées présentent leur composition normale.

4°. Les indications thérapeutiques doivent se résumer ainsi :

a. Les palpitations qui résultent d'un état d'épuisement des

nerfs vagues ou palpitations paralytiques qui sont de beaucoup les plus fréquentes;

b. Les arythmies simples avec ou sans hypertrophie du cœur, avec ou sans lésions des orifices ou des valvules du cœur;

c. Le rétrécissement mitral, lorsque surtout il est accompagné d'un défaut de compensation de la force contractile de l'oreillette gauche et du ventricule droit; la force contractile augmente visiblement, ainsi que le prouvent les tracés sphygmographiques;

d. Dans l'insuffisance de la valvule mitrale, les avantages existent surtout lorsqu'il y a des stases sanguines dans les poumons, lorsque par conséquent la dyspnée se déclare sous l'influence des congestions passives, avec ou sans trouble nerveux de la respiration;

e. Dans la maladie de Corrrigan, les effets favorables se traduisent principalement par la disparition des battements artériels périphériques, et par la facilité avec laquelle s'établit la respiration. Lorsque le ventricule gauche ne présente plus d'hypertrophie compensatrice, le maïalis se trouve mieux indiqué, il rend l'énergie au cœur, qui tend, à un moment donné, à s'affaiblir et même à se dilater;

f. Dans la dilatation du cœur, avec ou sans hypertrophie, avec ou sans dégénérescence graisseuse, avec ou sans sclérose du tissu musculaire, les indications du maïalis s'imposent nettement;

g. Enfin, dans *toutes les affections cardiaques* indistinctement, dès qu'elles ont produit l'infiltration des membres, et à plus forte raison une hydropisie générale, le muguet a une action évidente, prompte et sûre;

h. Dans les lésions avec dyspnée, l'effet est moindre.

5°. Les contre-indications sont nulles, car le médicament s'applique à toutes les affections du cœur. Il est d'ailleurs sans aucun effet fâcheux sur le système cérébro-spinal, ainsi que sur les organes digestifs. De plus, il ne séjourne pas longtemps dans l'économie, et il ne présente pas d'effet cumulatif, d'action posthume.

6°. Pour ces divers motifs, le maïalis est supérieur à la digitable, dont on est obligé souvent de répudier l'emploi ou du moins de le restreindre à cause des vomissements, de l'inappétence, des troubles digestifs, de l'excitation cérébrale, de la dilatation pupillaire qu'elle produit si souvent, après un usage plus ou moins prolongé.

La digitale finit à la longue par épuiser le cœur, par augmenter les battements, par les affaiblir, en un mot par provoquer des effets diamétralement opposés à ceux qu'on recherche.

7°. Pour combattre les dyspnées cardiaques, le maïalis est inférieur à la morphine et surtout à l'iode; mais la morphine supprime les urines; les préparations d'iode conservent intactes leur supériorité que j'appellerai respiratoire.

Ainsi la combinaison du maïalis avec l'iodure de potassium, dans le traitement de l'asthme cardiaque, constitue une médication des plus utiles.

8° Enfin, dans les cardiopathies avec hydropsie, le maïalis surpasse toutes les autres médications, sans même qu'on soit obligé d'y associer d'autres diurétiques, comme le lait.

—

Guérison du diabète sucré par le bromure de potassium.—Dans une note communiquée à l'Académie des Sciences, et dont le *Bulletin Général de Thérapeutique* nous fournit un résumé succinct, M. Félizet préconise l'emploi du bromure de potassium contre le diabète sucré ou, pour mieux dire, contre la glycosurie. On sait que Claude Bernard était parvenu dès 1849, à produire la glycosurie chez les animaux par l'irritation du bulbe rachidien. M. Félizet ayant renouvelé les expériences de Claude Bernard, a pu, au moyen du bromure de potassium, enrayer cette glycosurie artificiellement produite chez les animaux.

" Ces expériences et ces observations, conclut M. Félizet, en montrant que le médicament qui supprime la glycosurie en quelques heures guérit également le diabète en quelques semaines ou en quelques mois, permettentd'affirmer qu'il existe un lien entre la glycosurie artificielle, le diabète intermittent et le diabète avéré, et que ce lien, c'est *l'irritation du bulbe.*

" Ce n'est donc pas en masquant la maladie par la soumission aux sévérités d'un régime exempt de pain, de féculents, de sucre, etc., qu'on arrive à la guérir, mais en tarissant la source même de la production du sucre, c'est-à-dire en supprimant l'irritation du bulbe rachidien.

" Le bromure de potassium, par l'action élective de sédation qu'il exerce sur les fonctions du bulbe, supprime les effets de cette irritation avec une rapidité parfois surprenante; par doses massives et soutenues, il guérit le diabète."

L'idée de M. Félizet n'est pas nouvelle. Le bromure de potassium avait déjà été employé contre le diabète sucré puis abandonné pour cause d'insuccès. A coup sûr ce remède ne saurait être un spécifique dans ce cas, et M. Félizet n'en disconvient pas. Nous concevons qu'une forme transitoire de glycosurie puisse disparaitre sous l'effet de quelques doses de bromure, alors que la maladie se rattache à une simple irritation du bulbe rachidien. Mais si ce centre est le siège de quel-

qu'affection de nature plus grave, telle que dégénérescence, ramollissement, tumeur, il est impossible que la glycosurie qui en dépend puisse être améliorée en quelque façon. On est assez peu fixé même aujourd'hui sur la véritable nature du diabète sucré et ce n'est que quand la lumière se sera faite sur cette question que l'on pourra apprécier à sa valeur réelle la médication proposée parM. Félizet. H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Usages de l'acide salicylique à l'état pulvérulent. —SCHMIDT (*Centralblatt für chirurg.* no 1. 1882) recommande l'acide salicylique comme substitut de l'iodoforme dans tous les cas où ce dernier médicament est employé Son prix relativement peu élevé et le fait qu'il est tout-à fait inodore, le recommandent à l'attention des chirurgiens. Il devra être employé surtout dans les cas où, comme l'ostéo-myélite, le cancer du col utérin, la nécrose et la carie osseuses, le pansement ne peut pas toujours être changé fréquemment. On sait que Wagner a maintenu que l'acide salicylique est un désinfectant plus puissant que l'acide carbolique. Il parait que des symptômes toxiques se seraient manifestés à la suite de l'usage de cet acide—en poudre—dans le traitement des ulcères etc. Dans tous les cas ces symptômes ont dû être légers et ne présenter rien de grave. On dit que les salicylates ne jouissent pas des propriétés antiseptiques de l'acide.

Elongation des nerfs.— La divergence des opinions émises au sujet de cette méthode de traitement et l'incertitude de ses résultats pratiques nous ont empêché jusqu'aujourd'hui d'en entretenir nos lecteurs, les études expérimentales n'entrant qu'exceptionnellement dans notre cadre. D'ailleurs la plupart de nos praticiens connaissent plus ou moins cette question qui depuis quelques années inonde la presse médicale.

Pour en donner un rapide aperçu nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire les conclusions d'un travail du Dr Symington empruntées au *British Medical Journal* par le *Medical and Surgical Reporter* de Philadelphie et une appréciation du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, de Paris.

Voici ce qu'en dit le Dr Symington : " Mes expériences démontrent clairement que le grand nerf sciatique peut supporter une traction considérable mais elles suggèrent aussi la nécessité d'agir avec prudence surtout lorsque la traction porte sur le bout central. J'ai maintes fois essayé de briser ce nerf sur

le cadavre, mais j'ai invariablement échoué ; le nerf fut considérablement allongé et j'entendis quelquefois des craquements suspects, mais voilà tout. Le Dr Cavafy insiste avec raison sur le fait que les chirurgiens devraient s'efforcer de définir quel est la force de traction qu'on doit employer.

Certains points de cette question de l'élongation des nerfs n'ont pas été, ce me semble, suffisamment étudiés. Si on produit une traction de haut en bas sur un nerf qui, comme le grand sciatique par exemple, origine presque directement de la moëlle épinière, on constate facilement à l'examen anatomique que l'effort de traction est supporté presqu'exclusivement par la dure-mère. Si après avoir ouvert le canal vertébral par sa face postérieure de manière à exposer la dure-mère spinale, on opère des tractions sur le grand sciatique, on constate facilement un léger déplacement de haut en bas de la partie inférieure de la dure mère. Mais en le mesurant soigneusement je constate que ce déplacement n'excède pas un huitième de pouce. La dure-mère n'est que très faiblement extensible, et de plus, les racines du nerf la traversant presqu'au niveau des trous intervertébraux, l'élongation du sciatique tend plutôt à la déplacer latéralement, or, il est évident que ce déplacement ne peut être bien considérable. Si on ouvre la dure-mère dans la région lombaire et qu'on examine les racines des nerfs on se convaincra facilement que le déplacement produit par la traction sur la dure mère ne peut augmenter leur tension d'une manière appréciable ni suffisante pour leur permettre d'agir directement sur la moëlle épinière Ainsi la dure mère protège efficacement la texture délicate des racines nerveuses spinales ; déchirez cette enveloppe et la traction la plus légère suffira pour les séparer de la moëlle. Il semble donc évident que l'élongation d'un nerf tel que le grand sciatique ne peut produire aucun effet mécanique sur la moëlle. L'élongation d'un nerf moins directement relié à la moëlle épinière tel que le médian par exemple, devra produire un effet moindre encore, et il va de soi qu'il n'y a pas à craindre, en cas de rupture, que ses racines se détachent de la moëlle. Dans les quelques expériences que j'ai faites sur le médian je n'ai jamais vu ce nerf se rompre ailleurs qu'au point même ou la force de traction était appliquée.

Le mécanisme par lequel se produisent les bons résultats de l'élongation des nerfs est fort obscur. Dans certains cas de sciatique l'amélioration peut être due à la rupture d'adhérences, etc, qui comprimaient le nerf. Dans le cas de lésions des centres elle agit probablement d'après les mêmes principes généraux que les autres contre-irritants. Les preuves cliniques ne man-

le diagnostic est difficile et l'on doit avoir recours à la ponction exploratrice. Dans quelques cas de tumeur maligne v. g. sarcome, épithéliôme, gliôme, il peut devenir nécessaire d'enlever le globe oculaire envahi par le néoplasme.

Le Dr Ferguson, de Toronto, rapporte trois cas d'*eczéma* traités avec succès par l'usage interne du *Viola Tricolor* et l'emploi simultané de bains au conium.

Le Dr Fenwick, de Montréal, communique quelques remarques au sujet de la *résection du genou*. Quand on pratique cette opération chez les enfants, il est important de laisser au membre la faculté de pouvoir continuer à s'accroître, et par conséquent de respecter les points épiphysaires en n'enlevant que la surface articulaire. L'auteur a rencontré, en tout, 26 cas, dont 22 ont guéri et conservé l'usage du membre malade.

Le Dr Cameron, de Toronto, présente un malade qui, six mois auparavant, avait eu une *fracture de l'ilium avec luxation (en arrière) de la tête du fémur*. Comme ce malade boite considérablement, il y a lieu de croire que la luxation n'a pas été réduite. Le Dr C. présente aussi un cas de *fracture—non encore unie—de la cuisse*, le sujet pouvant marcher très bien avec l'aide d'un appareil, et enfin, un autre cas de *tumeur récurrente du maxillaire supérieur*. Dans ce dernier cas, les parties molles ne sont pas encore intéressées. Pas de symptômes constitutionnels.

Le Dr Worthington donne ensuite lecture d'un rapport spécial sur la *climatologie*, appuyant surtout sur la question de la fièvre intermittente. Il dit que cette fièvre ne sévit pas avec autant de rigueur qu'autrefois dans Ontario, attendu que le sol est plus cultivé et mieux égoûté. Là-dessus le Dr Osler fait remarquer que la fièvre se montre aujourd'hui dans certains endroits où il y en avait fort peu jadis, v.g. certains États de la Nouvelle-Angleterre, New-York, etc, et aussi aux environs de Montréal. A Montréal même les cas en sont de plus en plus fréquents.

Le Dr Canniff présente le rapport du Comité de Santé et des statistiques vitales, rapport dont les conclusions sont adoptées comme suit :

1° Pour le présent, les statistiques sanitaires seront limitées aux cités et aux grandes villes de la Puissance ; elles seront publiées tous les mois, et les conclusions pratiques qu'on en tirera seront aussi publiées tous les mois et communiquées à qui de droit.

2° A l'avenir, une commission nommée par le gouvernement fédéral s'entendra avec les divers gouvernements locaux pour en venir à une entente, afin d'adopter des mesures sanitaires

qui devront servir de base au projet de loi qui sera élaboré par le gouvernement de la Puissance.

3° Cette commission se composera de deux médecins, ou plus, qui, conjointement avec un aviseur légal, auront mission d'étudier à fond cette question et de préparer les projets nécessaires à la mise en pratique des réformes sanitaires projetées.

L'Association Médicale du Canada s'ajourne ensuite jusqu'au premier mercredi de septembre 1883, la réunion devant avoir lieu à Kingston.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Du traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique.—A propos de la communication que vient de faire M. Vulpian à l'Académie de Médecine de Paris sur cet intéressant sujet, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur soumettant l'opinion de divers auteurs sur ce mode particulier de traitement de la fièvre entérique.

Stricker ayant expérimenté l'acide salicylique contre la fièvre typhoïde était parvenu, disait-il, à abaisser la température et surtout à la régulariser. Après lui, M. Gubler fut loin d'obtenir les mêmes résultats, aussi ne crût-il guère qu'aux effets topiques, externes de ce remède. Ringer, bien que convaincu des propriétés antipyrétiques de la Salicine et de ses dérivés, dit qu'il est loin d'être prouvé que ces médicaments puissent abréger la durée de la maladie ou abaisser le chiffre de la mortalité. Gotthammer, après avoir employé l'acide salicylique dans cinquante six cas de fièvre typhoïde, n'a conservé pour ce remède qu'une médiocre estime. Quelques-uns le prescrivent de préférence à la quinine, d'autres, comme Hallopeau, prétendent obtenir de meilleurs effets par l'emploi alternatif de ces deux médicaments. Il faut dire que jusqu'alors les résultats avaient été douteux et que la généralité des praticiens étaient peu en faveur de cette médication. M. Martineau, entre autres, communiquait à la Société de Thérapeutique que ni dans le rhumatisme articulaire aigu, ni dans la fièvre typhoïde, il n'avait pu réussir à abaisser la température et le pouls au moyen de l'acide salicylique. Cependant, Jacobi de New-York, au cours d'une leçon clinique à l'Hôpital Bellevue, en parle avec quelqu'éloge. " L'acide salicylique et le salicylate de soude, dit-il, sont employés dans le but

le diagnostic est difficile et l'on doit avoir recours à la ponction exploratrice. Dans quelques cas de tumeur maligne v. g. sarcome, épithéliôme, gliôme, il peut devenir nécessaire d'enlever le globe oculaire envahi par le néoplasme.

Le Dr Ferguson, de Toronto, rapporte trois cas d'*eczéma* traités avec succès par l'usage interne du *Viola Tricolor* et l'emploi simultané de bains au conium.

Le Dr Fenwick, de Montréal, communique quelques remarques au sujet de la *résection du genou*. Quand on pratique cette opération chez les enfants, il est important de laisser au membre la faculté de pouvoir continuer à s'accroître, et par conséquent de respecter les points épiphysaires en n'enlevant que la surface articulaire. L'auteur a rencontré, en tout, 26 cas, dont 22 ont guéri et conservé l'usage du membre malade.

Le Dr Cameron, de Toronto, présente un malade qui, six mois auparavant, avait eu une *fracture de l'ilium avec luxation (en arrière) de la tête du fémur*. Comme ce malade boite considérablement, il y a lieu de croire que la luxation n'a pas été réduite. Le Dr C. présente aussi un cas de *fracture—non encore unie—de la cuisse*, le sujet pouvant marcher très bien avec l'aide d'un appareil, et enfin, un autre cas de *tumeur récurrente du maxillaire supérieur*. Dans ce dernier cas, les parties molles ne sont pas encore intéressées. Pas de symptômes constitutionnels.

Le Dr Worthington donne ensuite lecture d'un rapport spécial sur la *climatologie*, appuyant surtout sur la question de la fièvre intermittente. Il dit que cette fièvre ne sévit pas avec autant de rigueur qu'autrefois dans Ontario, attendu que le sol est plus cultivé et mieux égoûté. Là-dessus le Dr Osler fait remarquer que la fièvre se montre aujourd'hui dans certains endroits où il y en avait fort peu jadis, v.g. certains Etats de la Nouvelle-Angleterre, New-York, etc, et aussi aux environs de Montréal. A Montreal même les cas en sont de plus en plus fréquents.

Le Dr Canniff présente le rapport du Comité de Santé et des statistiques vitales, rapport dont les conclusions sont adoptées comme suit :

1° Pour le présent, les statistiques sanitaires seront limitées aux cités et aux grandes villes de la Puissance; elles seront publiées tous les mois, et les conclusions pratiques qu'on en tirera seront aussi publiées tous les mois et communiquées à qui de droit.

2° A l'avenir, une commission nommée par le gouvernement fédéral s'entendra avec les divers gouvernements locaux pour en venir à une entente, afin d'adopter des mesures sanitaires

qui devront servir de base au projet de loi qui sera élaboré par le gouvernement de la Puissance.

3° Cette commission se composera de deux médecins, ou plus, qui, conjointement avec un aviseur légal, auront mission d'étudier à fond cette question et de préparer les projets nécessaires à la mise en pratique des réformes sanitaires projetées.

L'Association Médicale du Canada s'ajourne ensuite jusqu'au premier mercredi de septembre 1883, la réunion devant avoir lieu à Kingston.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Du traitement de la fièvre typ ide par l'acide salicylique.—A propos de la communication que vient de faire M. Vulpian à l'Académie de Médecine de Paris sur cet intéressant sujet, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur soumettant l'opinion de divers auteurs sur ce mode particulier de traitement de la fièvre entérique.

Stricker ayant expérimenté l'acide salicylique contre la fièvre typhoïde était parvenu, disait-il, à abaisser la température et surtout à la régulariser. Après lui, M. Gubler fut loin d'obtenir les mêmes résultats, aussi ne crût-il guère qu'aux effets topiques, externes de ce remède. Ringer, bien que convaincu des propriétés antipyrétiques de la Salicine et de ses dérivés, dit qu'il est loin d'être prouvé que ces médicaments puissent abréger la durée de la maladie ou abaisser le chiffre de la mortalité. Gotthammer, après avoir employé l'acide salicylique dans cinquante six cas de fièvre typhoïde, n'a conservé pour ce remède qu'une médiocre estime. Quelques-uns le prescrivent de préférence à la quinine, d'autres, comme Hallopeau, prétendent obtenir de meilleurs effets par l'emploi alternatif de ces deux médicaments. Il faut dire que jusqu'alors les résultats avaient été douteux et que la généralité des praticiens étaient peu en faveur de cette médication. M. Martineau, entre autres, communiquait à la Société de Thérapeutique que ni dans le rhumatisme articulaire aigu, ni dans la fièvre typhoïde, il n'avait pu réussir à abaisser la température et le pouls au moyen de l'acide salicylique. Cependant, Jacobi de New-York, au cours d'une leçon clinique à l'Hôpital Bellevue, en parle avec quelqu'éloge. " L'acide salicylique et le salicylate de soude, dit-il, sont employés dans le but

le diagnostic est difficile et l'on doit avoir recours à la ponction exploratrice. Dans quelques cas de tumeur maligne v. g. sarcome, épithéliôme, gliôme, il peut devenir nécessaire d'enlever le globe oculaire envahi par le néoplasme.

Le Dr Ferguson, de Toronto, rapporte trois cas d'*eczéma* traités avec succès par l'usage interne du *Viola Tricolor* et l'emploi simultané de bains au conium.

Le Dr Fenwick, de Montréal, communique quelques remarques au sujet de la *résection du genou*. Quand on pratique cette opération chez les enfants, il est important de laisser au membre la faculté de pouvoir continuer à s'accroître, et par conséquent de respecter les points épiphysaires en n'enlevant que la surface articulaire. L'auteur a rencontré, en tout, 26 cas, dont 22 ont guéri et conservé l'usage du membre malade.

Le Dr Cameron, de Toronto, présente un malade qui, six mois auparavant, avait eu une *fracture de l'ilium avec luxation (en arrière) de la tête du fémur*. Comme ce malade boite considérablement, il y a lieu de croire que la luxation n'a pas été réduite. Le Dr C. présente aussi un cas de *fracture—non encore unie—de la cuisse*, le sujet pouvant marcher très bien avec l'aide d'un appareil, et enfin, un autre cas de *tumeur récurrente du maxillaire supérieur*. Dans ce dernier cas, les parties molles ne sont pas encore intéressées. Pas de symptômes constitutionnels.

Le Dr Worthington donne ensuite lecture d'un rapport spécial sur la *climatologie*, appuyant surtout sur la question de la fièvre intermittente. Il dit que cette fièvre ne sévit pas avec autant de rigueur qu'autrefois dans Ontario, attendu que le sol est plus cultivé et mieux égoûté. Là-dessus le Dr Osler fait remarquer que la fièvre se montre aujourd'hui dans certains endroits où il y en avait fort peu jadis, v.g. certains États de la Nouvelle-Angleterre, New-York, etc, et aussi aux environs de Montréal. A Montréal même les cas en sont de plus en plus fréquents.

Le Dr Canniff présente le rapport du Comité de Santé et des statistiques vitales, rapport dont les conclusions sont adoptées comme suit :

1° Pour le présent, les statistiques sanitaires seront limitées aux cités et aux grandes villes de la Puissance ; elles seront publiées tous les mois, et les conclusions pratiques qu'on en tirera seront aussi publiées tous les mois et communiquées à qui de droit.

2° A l'avenir, une commission nommée par le gouvernement fédéral s'entendra avec les divers gouvernements locaux pour en venir à une entente, afin d'adopter des mesures sanitaires

qui devront servir de base au projet de loi qui sera élaboré par le gouvernement de la Puissance.

3° Cette commission se composera de deux médecins, ou plus, qui, conjointement avec un aviseur légal, auront mission d'étudier à fond cette question et de préparer les projets nécessaires à la mise en pratique des réformes sanitaires projetées.

L'Association Médicale du Canada s'ajourne ensuite jusqu'au premier mercredi de septembre 1883, la réunion devant avoir lieu à Kingston.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Du traitement de la fièvre typ ide par l'acide salicylique.—A propos de la communication que vient de faire M. Vulpian à l'Académie de Médecine de Paris sur cet intéressant sujet, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur soumettant l'opinion de divers auteurs sur ce mode particulier de traitement de la fièvre entérique.

Stricker ayant expérimenté l'acide salicylique contre la fièvre typhoïde était parvenu, disait-il, à abaisser la température et surtout à la régulariser. Après lui, M. Gubler fut loin d'obtenir les mêmes résultats, aussi ne crût-il guère qu'aux effets topiques, externes de ce remède. Ringer, bien que convaincu des propriétés antipyrétiques de la Salicine et de ses dérivés, dit qu'il est loin d'être prouvé que ces médicaments puissent abréger la durée de la maladie ou abaisser le chiffre de la mortalité. Gotthammer, après avoir employé l'acide salicylique dans cinquante six cas de fièvre typhoïde, n'a conservé pour ce remède qu'une médiocre estime. Quelques-uns le prescrivent de préférence à la quinine, d'autres, comme Hallopeau, prétendent obtenir de meilleurs effets par l'emploi alternatif de ces deux médicaments. Il faut dire que jusqu'alors les résultats avaient été douteux et que la généralité des praticiens étaient peu en faveur de cette médication. M. Martineau, entre autres, communiquait à la Société de Thérapeutique que ni dans le rhumatisme articulaire aigu, ni dans la fièvre typhoïde, il n'avait pu réussir à abaisser la température et le pouls au moyen de l'acide salicylique. Cependant, Jacobi de New-York, au cours d'une leçon clinique à l'Hôpital Bellevue, en parle avec quelqu'éloge. " L'acide salicylique et le salicylate de soude, dit-il, sont employés dans le but

miasmes et de l'acide carbonique, que par déficience d'oxigène, l'air vital par excellence."

Voici l'expérimentation curieuse qu'il propose à l'appui de sa thèse.

Trois poules sont placées sous une grande cloche de verre, reposant sur une surface parfaitement unie.

Sous l'une des cloches on met un morceau de chaux vive et sous l'autre des débris de charbon de bois, pendant que la troisième ne contient que l'animal.

Une demi-heure après, la poule de la deuxième cloche (contenant du charbon), bien que moins vivace, ne donne pas de symptômes de souffrance.

La poule de la première cloche (contenant de la chaux) est presque agonisante.

La poule qui était sous la troisième cloche est raide morte.

Cette pauvre bête, n'ayant ni la chaux pour absorber le gaz acide carbonique expiré par ses poumons, ni le charbon qui, en fixant à sa surface les miasmes de l'air ambiant, le purifiait sensiblement, succombait ainsi empoisonnée tout à la fois par l'action nocive de l'acide carbonique et par celle des miasmes.

La poule qui avait près d'elle de la chaux n'était que très malade, parce que la chaux avait enlevé l'une des causes de mort en absorbant l'acide carbonique.

La poule renfermée dans la cloche avec le charbon, ne donnait que de légers signes de malaise, parce que le charbon avait absorbé les miasmes résultant de l'expiration pulmonaire de l'animal.

Ces expériences, mises à la portée de tout le monde, démontrent ainsi que l'on meurt plus vite par l'action délétère des miasmes que par la déficience d'oxigène.

MORALE

1° Pour assainir l'air de la chambre d'un malade, placer dans le lit même un petit panier de charbon de bois, à l'effet d'absorber les miasmes qui, déversés dans l'atmosphère ambiante, dans l'acte de l'expiration, et respirés continuellement par lui, le font mourir d'*auto-infection*. (Dans un espace restreint et confiné, pendant que diminue à chaque instant la quantité d'oxigène ou d'air vital, celle de l'acide carbonique, air irrespirable, augmente sans cesse.)

2° Dans une chambre de malade, où dorment des enfants au berceau, il est indispensable de placer une boîte ou panier contenant de la chaux vive et du charbon de bois, dans le but immédiat de fixer l'acide carbonique, expiré par les poumons, et d'absorber les miasmes humains.—Dr DE FOURNÈS.—*Journal d'Hygiène.*

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Maladie de Bright. (*Hôpital Bellevue, N. Y.*)

℞ Hydrarg Bichlorid..... gr 1/20
Pulv. digitalis..... gr i
Quin. sulph..... gr i

M.—A prendre trois fois par jour.

Mixture expectorante antiseptique (*Hôpital Bellevue*)

℞ Potass iodid..... ʒi
Acid nitrici dilut..... f ʒiii
Tr belladonnæ..... f ʒi
Acid Salicylici..... ʒi
Aquæ Camph..... ℥iii

M.—Dose : Deux cuillerées à thé, dans de l'eau, trois ou quatre fois par jour.

Ménopause (*Pepper*).

℞ Acid Hydrocyanic dilut..... gtt ii
Sodæ Bicarb..... gr v
Tinct Valerianæ..... m xx
Syrup Zingib..... f ʒi
Aquæ..... f ʒiii

M.—A prendre dans un peu d'eau, trois fois par jour.

Spermatorrhée des anémiques (*Howe*).

1° ℞ Strychniæ sulph..... gr i
Quiniæ sulph..... ʒ ss
Tinct ferri muriat..... f ℥ ss
Glycerinæ..... f ℥ iv

M.—Dose: Une demi-cuillerée à thé, dans un verre à vin d'eau, quatre fois par jour, une demi-heure avant chaque repas et au coucher.

2° ℞ Ferri Arsenit.....
Extract Nucis Vom ..... āā gr v
Ergotinæ .....
Quiniæ Sulph..... āā ʒ ss

M. et div. in pil. No XXX.—Dose : Une pilule, quatre fois par jour.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, NOVEMBRE 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

L'anesthésie chez les Dentistes.

Nos lecteurs sont déjà, sans aucun doute, au fait du malheureux accident survenu dernièrement chez un dentiste, à Québec. Un jeune homme ayant été mis sous l'influence du chloroforme pour l'extraction d'une dent, celle-ci fut extraite, mais, en dépit de tous les efforts, il fut impossible de ramener le patient qui, l'instant d'après, rendait le dernier soupir. Une enquête tenue au sujet de cette affaire exonéra de tout blâme, et le dentiste qui avait extrait la dent, et le médecin qui avait administré l'anesthésique. Il fut prouvé que les précautions ordinaires avaient été prises au préalable et que tout avait été mis en œuvre pour rappeler à la vie l'infortunée victime.

Notre intention n'est pas de commenter ici le fait en question, au sujet duquel nous manquons d'informaiions suffisantes pour pouvoir en parler comme nous voudrions. Nous ne voulons pas non plus entreprendre de discuter les mérites respectifs des divers modes d'anesthésie ; cette étude nous entraînerait trop loin et n'entre pas, d'ailleurs, dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Nous désirons seulement profiter de l'occasion pour examiner une question des plus graves et qui emprunte au fait que nous venons de rapporter une importance qu'on ne saurait se dissimuler, nous voulons parler des garanties de sécurité que peuvent offrir à leurs clients les dentistes qui font usage d'anesthésiques, et des conditions dans lesquelles ceux-ci peuvent ou doivent être administrés.

Bien qu'un grand nombre de dentistes se servent, encore aujourd'hui, presqu'exclusivement du protoxyde d'azote pour produire l'anesthésie, il en est cependant beaucoup trop qui, de temps à autre, ont recours au chloroforme. C'est là, à notre avis, une erreur contre laquelle on ne

saurait trop s'élever. Considérant le peu de temps nécessaire à l'extraction d'une ou de plusieurs dents, le fait qu'une insensibilité complète n'est pas toujours de rigueur, et ce qui est plus important encore, la position dans laquelle il faut, la plupart du temps, placer le patient afin d'opérer d'une manière convenable, il semble que le dentiste ne devrait jamais songer au chloroforme. Le chirurgien lui-même ne craint-il pas d'employer cet agent quand il s'agit d'une opération mineure, souvent beaucoup plus douloureuse et de plus longue durée que la simple extraction d'une dent? D'ailleurs, il est reconnu que le chloroforme est le plus dangereux de tous les anesthésiques ordinairement employés, et tous les auteurs s'accordent à en proscrire l'usage dans la chirurgie dentaire. S'il se présente des cas où il faille, de toute nécessité, donner le chloroforme, qu'on en laisse au moins l'administration à un médecin compétent, c'est-à-dire à une personne qui en connait à fond les bons et mauvais effets et qui pourra, le cas échéant, prodiguer les secours nécessaires.

La position assise ou demi assise que les dentistes donnent ordinairement à leurs patients n'est pas non plus celle qui convient aux anesthésiques en général et plus particulièrement au chloroforme. Chacun sait qu'un des grands dangers de l'anesthésie chloroformique est l'anémie cérébrale produisant à son tour la syncope respiratoire et circulatoire, accidents éminemment favorisés par la position assise. Dans le cas du protoxyde d'azote, le danger de syncope est moindre, mais il existe toujours à un certain degré vû la gêne considérable de la circulation capillaire dans le cerveau. Or quels sont les dentistes qui, se servant du chloroforme pour anesthésier leurs malades, ont la précaution de placer ceux-ci dans une position quasi ou tout à fait horizontale? Il en est assurément, et nous voudrions croire que c'est même le plus grand nombre, mais que d'exceptions! Nous tenons de source certaine qu'un dentiste de cette ville, ayant à faire l'extraction de quelques dents cariées chez une dame, administra le chloroforme sans avoir pris aucune précaution préalable. La patiente venait de dîner; elle était corsée à triple tour. On la mit dans la position assise et l'opérateur donna lui-même le chloroforme, sans se soucier de faire appeler un médecin, n'eût-ce été que pour ausculter cette malade qui se plaignait, paraît-il, de troubles du côté du cœur. Aucun accident ne survint pourtant, mais n'en reste-t-il pas moins établi qu'il y avait là une coupable imprudence?

Il est de fait que, en thèse générale, les personnes qui se présentent chez les dentistes et auxquelles ceux-ci administrent

un anesthésique n'y sont guère préparées. Souvent elles sortent de table, et l'on oublie de s'informer si rien ne serre outre mesure la taille ou le cou, et ne gêne de quelque façon les mouvements respiratoires ou la circulation cérébrale. Or ces précautions sont de première nécessité, surtout avec le protoxyde d'azote qui produit si facilement l'asphyxie.

Enfin, l'on néglige beaucoup trop souvent de faire faire, par un médecin compétent, un examen attentif des organes thoraciques du patient, afin de s'assurer si celui-ci ne souffre pas de quelque maladie du cœur ou des poumons de nature à favoriser la tendance à la syncope ou à l'asphyxie. et pouvant rendre dangereux le sommeil anesthésique, D'après les statistiques recueillies par Lyman (1), nous voyons que sur 82 cas de mort par le chloroforme, l'éther et le protoxyde d'axote, de 1871 à 1881, et où l'autopsie a pu être pratiquée, il y en eut 52 chez qui l'on constata maladie organique du cœur, des gros vaisseaux ou du poumon. Le plus souvent, ce fut la dégénérescence graisseuse du cœur et l'athérome des parois artérielles.

Ce qui précède suffira, croyons-nous, à prouver aux plus incrédules de quels dangers peut être entourée l'administration d'un anesthésique chez un dentiste, et quelles précautions doivent être prises. Ces précautions sont résumées dans les propositions suivantes :

1° Le *chloroforme* ne doit jamais être employé par les dentistes. 2° De quelque agent que l'on se serve, les précautions préalables dont nous avons parlé concernant la position du malade, la constriction exercée par les vêtements, etc., doivent être prises autant que possible. 3° Les dentistes doivent avoir sous la main tout ce qui peut être nécessaire pour ranimer le patient au cas d'accident v.g. appareil électrique, etc. 4° Les dentistes ne doivent jamais prendre sur eux de donner un anesthésique, mais ils sont tenus de faire appeler un médecin compétent, tant pour examiner les malades et juger s'ils sont dans des conditions qui leur permettent de supporter l'anesthésie que pour administrer lui-même cet agent.

Nous terminerons nos observations sur ce sujet en nous demandant si vraiment les dentistes non médecins sont autorisés, par leur diplôme et la charte de leur association, à administrer eux-mêmes un anesthésique quelconque. Telle chose n'est pas permise en France si nous en croyons l'extrait suivant d'un bulletin du *Progrès Dentaire* (2) : " L'administration

(1) Lyman, *Artificial Anæsthesia et Anæsthetics*, New-York 1881.

(2) *Progrès Dentaire*, Juillet 1879.

des anesthésiques est une opération réservée aux docteurs en médecine et qui est interdite par la loi aux officiers de santé, à plus forte raison aux dentistes dépourvus de diplômes médicaux ou de nationalité étrangère." Nous croyons savoir que la charte et la constitution qui régissent l'*Association des Dentistes de la Province de Québec* ne fait pas du tout mention de l'administration des anesthésiques par les dentistes. Il s'en suit donc que cette administration est tacitement interdite à ceux-ci, et doit être laissée *aux seuls médecins.* La grande majorité des dentistes n'y ont pas la moindre objection, bien au contraire.

Nous ajouterons enfin que dans le cours des remarques précédentes nous n'avons pas voulu parler des dentistes en tant que corps. La plupart d'entr'eux, il nous fait plaisir de le dire, prennent toujours en ce qui regarde l'anesthésie de leurs patients toutes les précautions suggérées par la prudence. Mais il est des exceptons, ils le savent comme nous, et avec nous ils doivent désirer les voir disparaître.

INFORMATIONS.

En réponse aux informations de plusieurs médecins, nous reproduisons textuellement des " Statuts, règles et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec " les clauses qui contiennent les renseignements désirés.

Le Bureau des Gouverneurs sera élu tous les trois ans, le second Mercredi de Juillet. Les assemblées pour cette fin se tiendront alternativement à Montréal et à Québec, (la prochaine assemblée devant avoir lieu à Québec le 11 juillet 1883) au moins un mois après qu'avis de telle assemblée aura été publié dans un journal médical français et dans un journal mécical anglais de chaque district (s'il s'y en publie), et dans au moins une gazette anglaise et une gazette française dans chaque district.

Les assemblées régulières et fixes du Bureau des Gouverneurs se tiendront le second mercredi de Mai et le dernier mercredi de Septembre de chaque année; les assemblées de Mai dans la ville de Montréal, et celles de Septembre dans la ville de Québec.

S'il se trouvait que les jours d'assemblée du Bureau ou du Collége fussent des fêtes d'obligation, alors ce serait le lendemain.

Toutes les personnes qui obtiendront du Collége des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, une licence les

autorisant à pratiquer, porteront le nom de " Membres " du dit Collège, mais elles ne pourront êtres élues comme gouverneurs qu'après quatre années de la date de leur admission comme membres.

Tous les membres devront, chaque année, le ou avant le 1er Juillet, payer entre les mains du Régistrateur, une somme de deux piastres étant leur contribution annuelle.

Aucun membre du Collége ne pourra voter aux assemblées triennales, ni être éligible comme Gouverneur, à moins qu'il n'ait payé, le 1er Juillet précédant l'assemblée, tout ce qu'il pourra devoir au Collége.

Il sera du pouvoir du Président de faire poursuivre tout membre du Collége négligeant de payer annuellement ses redevances au Collége.

Nous avons annoncé dans nos précédentes livraisons que M. C. E. de Lamirande avait été autorisé par le bureau des gouverneurs du C. des M. et C. à recevoir la contribution annuelle des membres du dit collège.

Il est bien entendu que M. de Lamirande n'a été désigné à cet emploi qu'à titre d'aide, et que les médecins, s'ils le désirent, peuvent, comme par le passé, s'adresser au régistrateur du collège, M. le Dr L. Larue, rue Saint-Georges, faubourg Saint-Jean, Québec.

L'adresse de M. C. E. de Lamirande est: No 55 rue Saint-Jacques, Montréal.

Petite correspondance.

Quel est le traitement le plus récent de la méningite des enfants ? Dr M G.

Rép —La méningite réputée inguérissable jusqu'aujourd'hui, parce qu'on ne lui reconnaissait qu'une seule cause, le tubercule, est susceptible de guérir dans plusieurs cas, parce que la pathogénie nous prouve que la méningite a d'autres processus morbides que le processus tuberculeux Ainsi il y a le processus inflammatoire, résultant d'une excitation par action reflexe, comme celle qui résulte du travail de la dentition; il y a le processus strumeux, lymphatique (c'est le plus fréquent).

Voici le traitement que nous conseillons, et qui a été préconisé particulièrement par le Dr Vovard de Bordeaux. L'iodure de potassium es administré à l'intérieur dès le début de la maladie, les purgatifs violents servent à combattre la constipation, habituelle alors, et agissent comme médication transpositive ; puis on a recours aux contre-irritants locaux, qui sont peut être la base du traitement. Voici comment l'on peut procéder : la tête de l'enfant étant rasée, on répand à l'aide d'un pinceau une légère couche de croton-tiglium sur le cuir chevelu, puis la tête est enveloppée dans un bonnet de toile-Dieu afin d'empêcher l'absorption par les draps.

on continue ce pansement toutes les six heures jusqu'à ce qu'on obtienne une éruption pustuleuse abondante; alors on cesse l'emploi de l'huile; puis on a recours aux moyens propres à entretenir une suppuration abondante et prolongée, tels que pommades, cataplasmes de feuilles de poirée etc. L'on doit se souvenir que c'est la suppuration prompte et continue qui constitue le principal traitement et que la guérison dépend d'elle.

Brochures reçues.

—*Deuxième Rapport Annuel de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal*, 1881-82.

—*Wilford's Microcosm. A religio-Scientific Monthly* : Devoted to the Discoveries, Theories and Investigations of Modern Science in their bearing upon the religious thought of the age; with other matters of general interest.

A. Wilford Hall, Propriétaire Editeur.

—*The First Bi-Annual Report of the Michigan Free Eye and Ear Infirmary and Eye and Ear Department of the Michigan College Hospital*, Detroit, Geo. S. Davis, publisher 1882.

NOUVELLES MÉDICALES.

Nous donnons communication à nos lecteurs d'un ordre en conseil concernant le taux des licences que doivent payer les pharmaciens pour la vente des liqueurs alcooliques.

COPIE d'un rapport de l'honorable Conseil Exécutif en date du 27 *Septembre* 1882, *approuvé par le Lieutenant-Gouverneur, le* 27 *Septembre* 1882,

CONCERNANT LE TARIF DES LICENCES ACCORDÉES AUX CHIMISTES ETC, POUR LA VENTE DES LIQUEURS ENIVRANTES

L'Hon. Trésorier de la Province, dans un rapport daté du 26 sept. courant (1882), déclare: Que depuis quelques semaines, information a été donnée que certains Chimistes, Droguistes et Apothicaires avaient l'habitude de vendre de l'alcool et autres boissons enivrantes sans avoir obtenu aucune licence leur en autorisant la vente dans la Cité de Montréal et autres villes et villages de la province, et qu'un certain nombre de poursuites ont été intentées pour telles contraventions à l'acte des licences de Québec de 1878, contre certains chimistes et droguistes faisant affaire dans la Cité de Montréal.

Que les Chimistes et Droguistes qui furent ainsi poursuivis prétendirent que l'exercice des fonctions des Chimistes, Droguistes, Apothicaires et Pharmaciens était réglementé et autorisé par " L'acte de pharmacie de Québec " de 1878 (38 Vict. ch. 37), et que tous les licenciés en pharmacie avaient le droit, dans le cours ordinaire de leur commerce, de vendre de l'alcool et de l'esprit de vin, et qu'ils avaient pratiqué la chose pendant plusieurs années sans avoir été inquiétés;

Que de fait l'alcool et l'esprit de vin ont toujours été vendus par les Chimistes, Droguistes et Apothicaires dans la province de Québec, dans

le cours usuel de leur commerce, en quantités excédant ou n'excédant pas une chopine impériale ;

Qu'aucune licence spéciale n'a été imposée aux Licenciés en Pharmacie, et que la seule licence qui puisse, d'après l'Acte des Licences de Québec de 1878, être accordée aux Chimistes, Droguistes et Apothicaires pour la vente de l'alcool et de l'esprit de vin est une licence de magasin pour la vente des liqueurs enivrantes en gros ou en détail ;

Qu'il (l'Hon. Trésorier) est d'opinion et a décidé dans son administration du département du Trésor, que les Chimistes, Droguistes et Apothicaires, nonobstant la décision renfermée dans le 5e paragraphe de la 2e section de l'acte des Licences de Québec "1878, qui déclare qu'il est défendu à toute personne de vendre des liqueurs enivrantes sans s'être pourvue d'une licence valable en loi, ont le droit de vendre toutes les préparations médicinales renfermant de l'alcool, de l'esprit de vin ou autres liqueurs enivrantes, et aussi, de vendre dans le cours usuel et ordinaire de leur commerce, de l'alcool ou de l'esprit de vin en quantités moindres d'une chopine mesure impériale sans prendre aucune licence, mais que tous Chimistes, Droguistes et Apothicaires désirant vendre de l'alcool ou de l'esprit de vin en quantités excédant une chopine, mesure impériale, étaient tenus de se pourvoir d'une licence pour la vente des liqueurs enivrantes en gros ou en détail ;

Que jusqu'à ce jour cependant les Chimistes, Droguistes et Apothicaires n'avaient jamais été requis de se pourvoir de telle licence ;

Que dans ces circonstances, il (l'hon. Trésorier) a donné instruction à l'inspecteur des licences pour le District de Montréal, de discontinuer toutes les poursuites intentées contre les Chimistes, Droguistes et Apothicaires pour contravention à l'Acte des Licences, sans frais dans les cas ou l'offense consistait dans la vente de moins d'une chopine mais avec frais dans les cas où la quantité vendue excédait une chopine, et qu'il a de plus donné instruction à l'inspecteur des licences de donner avis qu'à l'avenir, tout Chimiste, Droguiste ou Apothicaire qui vendrait de l'alcool ou de l'esprit de vin en quantités excédant une chopine impériale, sans avoir au préalable obtenu et sans posséder une licence de magasin sera poursuivi et traité conformément à l'Acte des Licences de Québec de 1878 ;

Qu'il (l'Hon. Trésorier) a eu, le 25 Septembre courant, une entrevue avec une députation de l'Association Pharmaceutique de la Province de Québec et que, après mûre discussion, ses décisions ont été acceptées comme une interprétation exacte de la loi, qu'il a été convenu que les Chimistes, Droguistes et Apothicaires désirant vendre de l'alcool ou de l'esprit de vin en quantités excédant une chopine mesure impériale seraient tenus de se pourvoir d'une licence de magasin pour la vente de liqueurs enivrantes en gros ou en détail ; mais que le taux de telles licences ne devrait en aucun cas excéder cinq piastres.

L'Hon. Trésorier recommande en conséquence qu'il soit ordonné, d'après l'autorité conférée par la section 66 de "l'acte des Licences de Québec" de 1878, que le maximum du tarif des licences de magasin accordées aux Chimistes, Droguistes et Apothicaires pour la vente de liqueurs enivrantes en gros ou en détail, soit réduit et fixé à la somme de cent dollars.

Le comité agrée le précédant rapport et le soumet au Lieutenant-Gouverneur.

(*Certifié*) JOS. A. DEFOY.
Greffier du Conseil Exécutif.

Statistique vitale.—Une députation du comité d'hygiène publique de Montréal, composée de MM. les Drs LaRocque, Mount, Howard, Campbell, les échevins Mooney et Fairbairn et MM. Beaudry et Boxer, ingénieurs civils, a été reçue le 26 octobre, par l'honorable M. Mousseau, dans les bureaux du gouvernement, rue St-Gabriel.

M. le Dr Larocque, au nom de la députation, exposa l'objet de cette démarche, qui avait trait à la formation d'un bureau général d'hygiène et à l'établissement d'un système de statistique vitale pour tout le pays. A cet effet, le comité voudrait réclamer sa part des $10,000 votées pour cette fin à la dernière session du parlement fédéral, et préparer la passation, à Québec, du bill relatif à la collection des données statistiques. Sur ce dernier point, il s'agirait de constituer un comité provincial d'hygiène avec des comités locaux et municipaux qui en relèveraient ; d'établir dans les campagnes le système actuellement en force à Montréal, et d'obtenir périodiquement un état des naissances, mariages et décès, ainsi que de la cause de chaque décès, etc.

Le premier ministre répondit en complimentant le comité d'hygiène et les délégués sur leur zèle, leur dévouement et leur esprit d'entreprise, en rapport avec cette cause si importante de l'hygiène et la salubrité générales. " Pour ce qui est de l'octroi fédéral de $10,000 et de la part que vous en réclamez, a-t-il dit, je n'ai pas qualité pour vous répondre à ce sujet. Si je me risquais trop sur ce point, le *Globe* m'accuserait encore de vouloir piller le trésor fédéral. Je puis vous dire, cependant, que l'octroi en question est considéré comme insuffisant pour l'objet à atteindre, et qu'il sera tout probablement augmenté à la prochaine session. J'ai lieu de croire que c'est l'intention du gouvernement fédéral de proposer cette augmentation. Maintenant, quand au bill provincial, je ne saurais prendre d'engagement à ce propos aujourd'hui. J'en conférerai avec mes collègues, et nous aviserons lorsque votre affaire avec le gouvernement d'Ottawa sera réglée. En tous cas, vous pouvez compter sur les bonnes dispositions de mon ministère qui apprécie parfaitement l'excellence de l'œuvre poursuivie par votre comité et qui est prêt à vous donner son concours dans la mesure de ses forces.

Il fut convenu, à la suite de cette réponse de l'honorable M. Mousseau, que les membres de la députation se rendraient à Ottawa vers la fin de la semaine ou au commencement de la semaine suivante pour conférer de la question avec le gouvernement fédéral.

Nomination.—M. le Prof. R. P. Howard, a été nommé doyen de la faculté de médecine de l'Université McGill, en remplacement de feu M. le Dr G. W. Campbell.

Société Médicale de Montréal. — Les élections annuelles de cette société ont eu lieu le 20 octobre dernier, te ont donné le résultat suivant:

Président: Dr A. Lamarche; 1er vice-président: Dr C. M. Filiatrault; 2e vice-président: Dr N. Fafard; secrétaire-trésorier: Dr H. E. Desrosiers; assistant-secrétaire-trésorier: Dr J. I. Desroches; comité de régie: Drs J. A. Laramée, E. P. Lachapelle, A. T. Brosseau, F. X. Perrault, F. C. T. Lamoureux et A. A. Foucher.

Dr E C. Séguin.—Nous apprenons avec un vif regret l'irréparable malheur arrivé, le 31 octobre dernier, au Dr E. C. Séguin, de New-York. Dans un accès d'aliénation mentale, Madame Séguin a mis à mort trois de ses enfants et s'est ensuite suicidée.

Il n'y a qu'une voix dans le public médical canadien pour sympathiser avec notre éminent et malheureux confrère.

Fête aux huîtres.—La fête aux huîtres à l'Université Laval, Québec, a eu lieu jeudi soir, le 19 octobre dernier. Plus de deux cents convives, au nombre desquels se trouvait le lieutenant gouverneur, avaient répondu à l'invitation des élèves internes de l'Université.

Nécrologie.

Montréal vient de perdre une de ses célébrités médidales dans la personne du Dr A. H. David, décédé le 5 Novembre. Le Dr David était âgé de soixante dix ans. Il était fils de feu M. Samuel David, ancien marchand de Montréal. Il était né à Montréal en 1812. Il avait étudié la médecine d'abord au collège McGill, alors naissant, puis à l'université d'Edimbourg, Ecosse. Il exerça la profession aux Trois-Rivières, puis à Montréal, où il revint en 1844, et qu'il n'a plus quitté. En 1852, il rédigea le *Canada Medical Journal.* Il a rempli, dans sa longue carrière, nombre de fonctions importantes, en rapport avec sa qualité de médecin, et il fut le véritable fondateur de la faculté Bishop. Il s'occupait aussi d'histoire, de littérature, de milice, et il était membre de nombre de sociétés littéraires, historiques, médicales, tant d'Europe que du Canada, ainsi que lieutenant-colonel de notre milice.

Obit.—On annonce la mort du docteur Louis Desmarres, le célèbre ophthalmologiste de Paris, et celle du docteur Brochard, bien connu par ses travaux sur l'hygiène de la première enfance. M. J. T. Clover, F.R.C.S., le célèbre *Chloroformiste* anglais, est aussi décédé.

VARIÉTÉS.

Mystification.—Pendant la soirée du 27 octobre dernier sept ou huit de nos confrères (tous gros bonnets dit-on), ont été victimes d'une mystification des plus cruelle malgré que l'auteur en fut une jeune fille.

L'espiègle s'est présentée successivement à intervalles réguliers et calculés d'après le carré des distances au bureau des huit médecins en question, et les prévint de se rendre en toute hâte chez Mr. *** No.—Beaver Hall, très dangereusement malade. Transportons-nous chez le jeune homme que nous trouvons des mieux dispos et faisant bien tranquillement la petite partie de whist avec les amis. Au coup de sonnette, non pas du régisseur, mais du premier médecin, le rideau se lève et nous voyons en scène : le docteur et M. *** tous deux en parfaite santé. Dialogue ; ébahissement des deux interlocuteurs, tableau *Exit* le docteur ahuri. Ici se place naturellement une remarque que je crois à propos. L'action palpitante d'intérêt et d'imprévu au premier abord devient de suite prosaïque et monotone, sept fois le même tableau se répète avec de légères variantes ; il est vrai, mais au fond, toujours la même idée. On est donc forcé de dire que les lois de la scène ont été outrageusement violées ; 1° parceque chacun des huit personnages principaux n'apparait qu'une fois, (j'admets qu'il était difficile d'arranger l'affaire autrement) ; 2° parceque le jeune homme dispos apparait toujours (un peu malgré lui si vous voulez) ; 3° surtout parceque l'intrigue ne se dénoue pas ; en effet la pièce ne dit pas si c'est Euphrosine ou Lisette qui a fait le coup. Le spectateur est obligé de se payer de suppositions Quant à moi, tout en admettant que le fait n'est pas d'un bas-bleu, je maintiens que c'est bien celui d'une femme de lettres, il n'y a qu'une *étudiante* pour monter pareille scie.

Et, si épilogue il y avait, je fais des vœux les plus ardents pour que mon quartier n'en soit pas le théâtre, quand même l'intrigue devrait se dénouer, conformément aux règles de l'art et aux usages établis, par le mariage de *l'étudiante* et du jeune homme dispos.

Dr F. X.

Entre confrères.—Le célèbre chirurgien allemand Esmarch, le même qui, ayant épousé une princesse de Sleswig-Holstein, se trouve être l'oncle par alliance du petit-fils de l'empereur Guillaume, vient de publier une brochure où il établit que la mort du président Garfield a été causée uniquement par la façon irrationnelle dont ses médecins l'ont traité. La balle de Guiteau n'avait atteint aucun organe essentiel ; c'est en s'acharnant à l'extraire, en n'employant pas des moyens antiseptiques assez énergiques, et en se servant d'appareils et de bandages arriérés, que les médecins américains ont produit chez le blessé un affaiblissement tel, qu'une légère hémorrhagie a pu amener la mort.

Exercice illégal de la médecine.—*Un médecin complice d'un charlatan.* La Cour de Nîmes vient de fixer un point de droit intéressant. Elle a confirmé un jugement du tribunal de Carpentras qui avait condamné à 200 fr. d'amende, pour exercice illégal de la médecine, un docteur en médecine, M. B....., qui, se faisant le complice d'un empirique de Vaucluse nommé Robert, appliquait, sans en connaître la composition, les remèdes secrets que celui-ci fabriquait, remèdes qui avaient le singulier don d'aggraver l'état des malades au lieu de les guérir. Il va sans dire que les remèdes en question coûtaient fort cher. (*Union médicale*).

NAISSANCE.

FAFARD.—En cette ville, le 27 octobre, l'épouse du Dr N. Fafard, professeur à l'Université Laval, un fils.

MARIAGES.

BELLEAU-HILL.—A l'église Notre-Dame, Lévis, le 4 octobre, M. le Dr Ant. Emm. Belleau, de Lévis, à Mademoiselle Marie-Stella-Georgiana Hill.

TRUDEL-BAILLARGÉ.—A Ottawa, le 26 octobre, par M. l'abbé Baillargé, T.D., frère de la mariée, Aimé Trudel, Ecr., M.D.L., à mademoiselle Marie-Joseph Baillargé, fille de M. G. F. Baillargé, député-ministre des Travaux Publics.

DÉCÈS.

LALONDE.—En cette ville, le 8 octobre, à la résidence de son grand-père, No. 153, rue Saint-Hubert, Marie-Louise B. Lalonde, fille du Dr Lalonde, de Rigaud, à l'âge de 3 ans et 11 mois.

LACERTE. A Lévis, jeudi, le 26 octobre à l'âge de 16 ans et 2 mois, Marie-Sara-Héloïse Lacerte, fille unique de N. Lacerte, Ecr., M.D.

BONIN.—A Montrecœur, le 28 octobre, à l'âge de 67 ans, 11 mois et 17 jours, M. Joseph Bonin, beau-père de L. A. Fortier, Ecr., M.D., de Ste-Scholastique, et père de O. Bonin, Ecr., M.D., du Bic.

I. M. HAYS.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LEÇONS CLINIQUES.

HÔPITAL NOTRE-DAME.—M. LARAMEE.

De l'ataxie locomotrice progressive.

Messieurs,

Le malade qui occupe le No. 21 de la salle Saint-Jean de Dieu me fournit l'occasion de vous entretenir sur une maladie qui s'est présentée souvent à votre observation.

En effet, à différentes reprises, soit dans le cours de la visite, soit dans la salle des cliniques, j'ai appelé votre attention sur les symptômes les plus importants qui distinguent cette affection, et aujourd'hui je crois à propos de vous présenter un tableau clinique renfermant les causeries dont cette maladie a été l'objet ; en même temps ce résumé laissera dans votre esprit des souvenirs qui auront leur utilité quand vous aurez à vous préparer sur un semblable sujet.

Disons tout de suite que cette affection est connue depuis longtemps sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive* et qu'elle doit ce nom à ses symptômes prédominants et à sa marche ; cependant, comme il s'est rencontré quelques cas qui sont restés longtemps stationnaires et même avec quelques amendements marqués, peut-être, à la rigueur, serait-on justifiable de supprimer l'épithète *progressive*. Cette affection est encore connue, d'après sa lésion anatomique, sous les dénominations de *sclérose spinale postérieure*, *myélite chronique postérieure*, enfin, de *tabes dorsalis*. Mais cette dernière dénomination est impropre, vû qu'elle implique l'idée du dépérissement qui suit les pertes séminales, et que ce dernier symptôme isolé n'apparaît que dans les derniers temps de la maladie.

A une époque où les études anatomiques laissaient à désirer, les recherches du côté de la moëlle et du cerveau n'ayant rien fait trouver qui légitimât l'idée d'une lésion sérieuse en rapport avec les symptômes observés, on considérait l'ataxie comme une névrose, mais aujourd'hui il est bien établi que la moëlle épinière et le cerveau sont intéressés dans cette maladie. En effet, les recherches les plus accréditées ont mis

en lumière que, du côté de la moëlle, la lésion constante est une sclérose, c'est-à-dire une atrophie avec induration des cordons blancs postérieurs, des racines postérieures des nerfs, de la partie la plus reculée de la substance grise et des méninges qui avoisinent la lésion médullaire.

Les altérations envahissent les deux moitiés de la moëlle, mais c'est par exception qu'elles atteignent les faisceaux latéraux et les faisceaux antérieurs. Du côté de l'encéphale, les altérations, bien que fréquentes, ne présentent pas la même constance que du côté de la moëlle ; cependant les lésions les plus ordinaires et les mieux connues sont, pour les sensitifs, l'atrophie des nerfs optique et auditif, et pour les moteurs, surtout celle des nerfs de la 3ème et de la 6ème paire. Quelque fois aussi, il y a sclérose plus ou moins avancée des pédoncules cérébelleux inférieurs, des corps restiformes et des couches optiques.

Le sympathique peut aussi avoir sa part dans ces altérations anatomiques dans les derniers temps de la maladie, s'il survient de l'atrophie musculaire avec dégénérescence granulo-graisseuse. Dans ce cas, le sympathique qui est essentiellement vaso-moteur est altéré, et alors la lésion spinale dépasse la substance blanche. Il est important de noter que la sclérose du sympathique se rencontre rarement, cependant elle peut compliquer la sclérose spinale postérieure, comme elle accompagne quelquefois la sclérose spinale antérieure lorsqu'elle coïncide avec des points de ramollissement.

Je pourrais prolonger cette digression sur le terrain de l'anatomie pathologique, mais je crois vous en avoir dit suffisamment pour vous démontrer que l'ataxie est loin d'être une simple névrose.

Maintenant, passons en revue, ou plutôt, faisons un groupe des symptômes fondamentaux de l'ataxie locomotrice progressive.

D'abord, ce sont des douleurs qui ouvrent la scène, mais des douleurs à caractère spécial et appelées, avec raison, *fulgurantes*, parce qu'elles sont rapides et éphémères comme l'éclair. Ces douleurs vagabondes sont instantanées et reviennent 10, 15, 20 fois par heure. Parfois, au lieu d'être *fulgurantes*, elles sont térébrantes, lancinantes et comparables à celles produites par un instrument enfoncé dans les chairs et qui les déchire.

Quelle marche ces douleurs caractéristiques suivent-elles ? D'abord, leur première visite est ordinairement pour les membres inférieurs, ensuite elles gagnent le tronc, et, dans cette région, elles déterminent de véritables sensations constrictives, ce qui fait dire au malade que sa poitrine est comprimée

comme dans une cuirasse, dans un étau, aussi ces constrictions s'appellent-elles douleurs *en ceinture* ; plus tard, si la maladie envahit les membres supérieurs, ce qui est rare, alors les bras, comme du reste les jambes, sont quelquefois serrés comme par une ligature, et des douleurs s'annoncent aux doigts, surtout aux doigts auriculaire et annulaire. Enfin, les douleurs gagnent la face. Alors, il survient une névralgie continue ou intermittente du trifacial. On a encore noté comme survenant de bonne heure, des douleurs viscérales, comme par exemple des crises gastralgiques avec vomissements alimentaires, bilieux on même sanguinolents, parfois aussi des douleurs lombaires avec rétraction testiculaire et vomissements comme dans une colique néphritique, enfin, très exceptionnellement il est vrai, des douleurs vésicales et uréthrales comme dans le calcul de la vessie, douleurs qui quelquefois même envahissent le rectum. J'ajouterai, en passant, un autre symptôme très rare, mais qui n'en a pas moins sa valeur, puisqu'il a été observé : c'est un trouble spasmodique de la glotte avec toux convulsive et accès de suffocation. Dieulafoy dit que les douleurs des membres et du tronc dans la période prodromique sont dûes à une sclérose légère et limitée des racines postérieures, mais que l'explication des douleurs viscérales reste à élucider.

Du côté de l'encéphale, les symptômes ordinaires sont des troubles oculaires, tels que strabisme, chûte de la paupière supérieure, diplopie, c'est-à-dire des paralysies de la 3ème et de la 6ème paire. Ces troubles sont généralement passagers, sauf l'amblyopie qui, une fois établie, va en progressant jusqu'à l'amaurose. Au reste, je n'insisterai pas sur les troubles oculaires au sujet desquels M. le prof. Foucher aura bientôt l'occasion de vous entretenir.

Messieurs, j'attire votre attention sur ce fait capital, c'est que, de toutes les manifestations que je viens de vous tracer, les douleurs *fulgurantes* aux membres inférieurs sont les plus communes et par conséquent celles qui ouvrent la marche de ce cortège de symptômes avant-coureurs de l'ataxie.

Après un temps qui peut varier de quelques mois à des années, survient le manque de coordination du mouvement, c'est-à-dire l'ataxie, qui débute, comme les douleurs, par les membres inférieurs et s'étend progressivement au tronc et quelquefois aux membres supérieurs. Le malade a de la difficulté à marcher en ligne droite, il perd facilement l'équilibre, éprouve de la difficulté à marcher dans l'obscurité, ne peut tourner rapidement sur lui-même sans risquer de tomber ; plus tard la démarche devient de plus en plus difficile, le malade

ne peut plus marcher sans le secours d'un appui, et cependant sa marche est précipitée, il projette ses jambes à droite et à gauche en frappant le sol de ses talons ; enfin, le désordre allant en progressant, la station finit par devenir impossible.

Que le malade soit dans son lit ou assis, il peut exécuter tous les mouvements possibles, chose qu'on ne rencontre pas dans la paraplégie, car dans cette dernière le malade est dans l'impossibilité d'exécuter ces mouvements. Dans l'ataxie, la force musculaire est conservée et ce qui fait défaut c'est le manque de coordination de cette force musculaire, cependant il ne faut pas oublier que, dans les derniers temps de l'affection, la paralysie peut survenir à titre de complication dans le cas où la sclérose a envahi les parties antérieures de la moëlle.

Si les membres supérieurs sont atteints par l'ataxie, on observe alors, des désordres en rapport avec l'usage de la main, mais cette propagation est rare et tardive. A ces divers troubles, il faut ajouter une certaine anesthésie de la peau, des muqueuses, des muscles et des articulations. L'anesthésie de la peau du pied est telle que le malade croit marcher sur du duvet ou sur un sol inégal, parfois même la malade n'a pas conscience de sa position, surtout de la position de ses jambes alors qu'elles se touchent et il se regarde pour s'en assurer.

Les sensations de douleur, de toucher sont donc généralement diminuées ou abolies à cette période, mais il y a exception pour la sensibilité au froid qui est, au contraire, exagérée. Quant aux troubles dont je vous ai parlé au début de cette description, ils peuvent reparaître et quelquefois rester en permanence.

Chez la plupart des malades, non-seulement il y a spermatorrnée mais aussi abolition de l'énergie virile, quelquefois relâchement des sphincters, et, dans des cas très exceptionnels, de l'atrophie musculaire plus ou moins étendue et pouvant être suivie de dégénérescence graisseuse. Enfin, je pourrais ajouter qu'on a observé des éruptions cutanées, des arthropathies du genou, tantôt passagères, tantôt entrainant des désordres graves comme la luxation, etc. Un fait important c'est que, malgré tous ces désordres que je viens de vous énumérer, l'intelligence conserve son intégrité.

Il vous semble, peut-être, messieurs, que, grâce à cette succession de symptômes dont je viens de vous faire le tableau, il vous sera facile de diagnostiquer sûrement l'ataxie locomotrice, mais n'oubliez pas que cette maladie ne se présente pas toujours sous cette forme classique ; elle peut aussi se manifester sous une allure qu'on a appelée avec raison forme *fruste*. Ainsi l'affection peut se traduire à son début par des

symptômes particuliers, tels qu'amblyopie progressive, paralysie oculaire, névralgie viscérale, troubles auditifs et même troubles laryngés, etc. Il est bon de noter que la maladie peut se trahir par un de ces symptômes isolés pendant des mois et des années avant que l'ataxie, c'est-à-dire l'incoordination des mouvements volontaires, soit établie. Le diagnostic est délicat dans ces circonstances, et vous voyez néanmoins l'importance de bien saisir ces signes isolés car s'il y a quelque chance de rendre service à ces pauvres victimes c'est peut-être à cette époque de l'affection. On dit que les maladies du cervelet peuvent déterminer quelques désordres dans l'équilibration, ressemblant à l'ataxie, avec accompagnement d'amblyopie, de strabisme. Mais les maladies du cervelet se distinguent par de la céphalagie occipitale, des vomissements et ne sont jamais accompagnées de douleurs fulgurantes dans les membres.

Il nous reste maintenant à revenir à notre malade et à vous rappeler quelle forme l'ataxie à revêtue chez lui. D'abord, notre homme raconte qu'il y a cinq ans il a commencé par éprouver des douleurs dans les reins et dans les organes génitaux, c'est-à-dire qu'il a ressenti des douleurs de reins avec rétraction testiculaire comme dans la colique néphritique; ces douleurs revenaient souvent; plus tard elles se faisaient sentir au bas des côtes et l'étouffaient.

Ces douleurs correspondent bien aux douleurs dites *en ceinture*. Depuis quelques mois il dit éprouver dans les membres inférieurs comme des décharges électriques, et, dans les membres supérieurs, il se plaint particulièrement de douleurs dans les doigts mais surtout dans les pouces, preuve que la sphère du nerf radial est lésée comme celle du médian et du cubital, c'est-à-dire que la sclérose spinale, chez ce malade, a envahi la région brachiale de la moëlle.

Du côté de l'encéphale, il y a à peu près deux ans, il est survenu des troubles oculaires, tels que amblyopie, strabisme, diplopie, mais ces derniers désordres sont disparus, tandis que l'amblyopie a continué à progresser jusqu'à perte totale de la vue du côté droit. Il y a aussi surdité du côté droit. A propos de la disparition du strabisme et de la diplopie, comme cette paralysie ou plutôt cette parésie disparait d'elle-même il faut se mettre en garde contre la tentation d'attribuer ce changement à l'intervention de l'art; du reste, cette prétendue guérison peut être une bonne fortune pour le charlatan.

Chez notre malade, les nerfs crâniens de la 3ème etde la 6ème paire, ainsi que l'auditif sont donc intéressés, c'est-à-dire à l'état de sclérose. Je dois ajouter que les douleurs

lombaires sont disparues complètement, mais il continue de se plaindre de douleurs *fulgurantes* dans les jambes et térébrantes dans les bras, et de plus, il lui semble que tous ses membres sont serrés comme dans une ligature, cependant il peut encore marcher, mais sa démarche est exactement celle de l'ataxique. Vous l'avez vu dans nos salles, il projette ses jambes à droite, à gauche, en avant, en arrière, comme des jambes de pantin, il frappe le sol de ses talons et ne peut faire un pas sans être appuyé sur sa canne et aussi sans diriger sa vue du côté de ses pieds. En effet, c'est une nécessité pour l'ataxique de se regarder les pieds pendant qu'il marche; c'est du moins ce qui s'observe généralement. Vous vous rappelez qu'un jour je lui donnai la main et que par la nature de la pression que sa main exerçait sur la mienne il semblait disposé à la broyer; de même aussi il a pu soulever, avec la plus grande aisance, celui d'entre vous qui s'est assis une fois sur ses genoux. Cette vigueur musculaire se rencontre-t-elle dans la paralysie? Assurément non. Un moyen d'exploration qui a son importance, c'est l'expérience dont vous avez été témoins à plusieurs reprises, c'est-à-dire, que chaque fois que le malade se rapprochait les pieds l'un de l'autre, la station devenait difficile, mais dès qu'il se fermait les yeux, il perdait l'équilibre entièrement. Ce signe manque rarement.

Le malade est impuissant et a des pertes séminales presque continuelles.

Du côté de l'appareil digestif, il est incommodé par une digestion difficile et de la constipation, contrairement à la règle, car généralement l'ataxique mange bien et digère bien. L'anesthésie cutanée et musculaire est bien marquée, comme l'a prouvé l'expérience que je fis devant vous lorsque je promenais une aiguille sur une assez grande étendue de ses membres, le malade ne paraissait rien percevoir excepté quand j'enfonçais l'aiguille bien profondément, et encore, dans certaines régions, la douleur était peu marquée.

Messieurs, vous comprenez facilement qu'ici la maladie en est rendue à sa période d'état; cependant, si les renseignements fournis par cet homme sont fidèles, l'affection n'a pas suivi sa marche ordinaire, sa forme classique, puisque les douleurs, au lieu de s'annoncer par les membres inférieurs, ont débuté par les reins, ensuite par la sensation de ceinture abdominale, en troisième lieu par les douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, etc.; la sclérose spinale postérieure, ici, a donc revêtu la forme fruste.

Voyons maintenant si nous pouvons remonter au point de départ, à la cause de l'ataxie chez notre malade.

Il raconte qu'il a éprouvé beaucoup de misère, qu'il s'est exposé fréquemment à l'humidité, au froid, à cause de la nature de ses travaux ; de plus il a fait des excès alcooliques, des excès vénériens de toute espèce.

On peut établir qu'en thèse générale l'ataxie reconnait les mêmes causes que celles qui engendrent la myélite chronique.

Ainsi l'hérédité parait jouer le plus grand rôle comme favorisant cette maladie, tantôt d'une manière directe, tantôt d'une manière indirecte, c'est-à-dire que plusieurs membres d'une même famille peuvent être atteints d'ataxie locomotrice ou bien avoir une prédisposition héréditaire pour les maladies des centres nerveux. Parmi les causes pouvant déterminer l'affection on range le froid, le séjour prolongé dans des lieux humides, le refroidissement, les excès vénériens, la syphilis. Pour ce qui concerne les deux dernières causes, il faut avouer qu'elles doivent avoir leur bonne part dans la détermination de cette maladie, et même quelques médecins considèrent la syphilis et les excès vénériens comme les causes presque exclusives de l'ataxie, mais il faut se garder de tomber dans l'exagération, car le libertinage est tellement répandu dans tous les pays, que le nombre des ataxiques devrait se multiplier si cette triste étiologie devait être adoptée comme exclusive, comme si le grand nombre de sujets respectables et d'une conduite irréprochable qui sont visités par l'ataxie n'avaient pas assez du fardeau de leurs misères sans avoir l'humiliation de passer pour les auteurs de leurs souffrances. On cite encore l'alcoolisme, le rhumatisme, la goutte, mais ces causes sont comparativement rares.

On peut donc soupçonner que chez notre homme les excès vénériens, l'exposition prolongée au froid humide, et peut être l'abus des alcoliques, ont dû le préparer à contracter l'ataxie. Je dois vous rappeler qu'il n'a pas eu de syphilis, et il a été impossible d'apprendre par l'interrogatoire si l'hérédité devait être invoquée.

Ce malade n'est peut-être pas à bout de ses misères, car l'ataxie est généralement de longue durée : 15, 20 ans et plus. Cependant, si les renseignements qu'on a pu obtenir de lui sont exacts, la maladie a suivi une marche singulièrement rapide, puisqu'elle ne date que de 4 à 5 ans et qu'elle est rendue à sa période d'état, et si cette marche se continuait, la lutte de ce pauvre malade pourrait bien être abrégée.

Il est à propos de remarquer que cette maladie respecte ordinairement l'enfance et la vieillesse et qu'elle attaque spécialement l'adulte entre 20 et 45 ans. Notre malade a 51 ans, et par conséquent il aurait reçu la première visite de son hôte à 46 ans à peu près.

La terminaison est ordinairement fatale; quelquefois la maladie peut rester stationnaire ou même rétrograder, mais ces haltes sont de courte durée. La mort est accélérée par des eschares au siége, aux régions trochantériennes, mais surtout par des maladies intercurrentes, telles que phthisie, pneumonie, cystite ulcéreuse, paralysie, dégénérescence graisseuse, etc.

La plupart des moyens thérapeutiques échouent. Il se peut aussi que si la maladie était attaquée avant le développement de troubles musculaires, c'est-à-dire avant l'ataxie, il serait possible d'en enrayer la marche de la maladie. Comme vous le savez, ce malade a été traité par le bromure de potassium, l'iodure de potassium, l'électricité; il avait été traité antérieurement par la cautérisation au thermo-cautère et il est à peu près dans le même état aujourd'hui que lors de son entrée à l'Hôpital. Cependant les cas d'ataxie liés à la syphilis ont paru souvent se modifier sous l'influence du traitement spécifique. Le nitrate d'argent a donné des résultats tantôt satisfaisants, tantôt négatifs. On conseille encore l'hydrothérapie.

HÔPITAL NOTRE-DAME. — M. POUCHER.

Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice.

Messieurs,

Le malade qui doit faire l'objet de la clinique de ce jour est celui que vous avez vu au No 21 de la salle Saint-Jean de Dieu et dont M. le professeur Laramée a déjà analysé les symptômes en vous parlant de l'ataxie locomotrice. Je ne vous ferai pas l'histoire complète du patient, vous la connaissez déjà. Je veux seulement passer en revue les troubles oculaires que nous avons rencontrés chez lui et en général ceux qui peuvent apparaître dans le cours de l'ataxie. Cette étude n'est pas dépourvue d'intérêt, car il n'est pas rare de rencontrer des malades chez lesquels des troubles visuels se trouvent associés à des altérations du système nerveux. Pour ne faire ici que la part de l'ataxie locomotrice, citons les symptômes suivants qui peuvent précéder ou accompagner la maladie : la chûte de la paupière supérieure, liée à la paralysie de la 3me paire; la diplopie, causée par une parésie ou même une paralysie d'un ou de plusieurs muscles moteurs de l'œil; l'inégalité des pupilles, caractérisée par une contraction exagérée (myosis) ou une dilatation outre mesure (mydriase); l'affaiblissement

progressif de la vue, causée par des altérations du nerf optique et se traduisant par une diminution de l'acuité visuelle ; un rétrécissement concentrique du champ visuel ; une difficulté à reconnaître les couleurs (dyschromatopsie).

Des observations nombreuses citées par Charcot, Hardy et autres, ont démontré que les manifestations oculaires ci-dessus mentionnées jouent souvent le rôle de signes révélateurs et peuvent nous avertir plusieurs années à l'avance de l'invasion d'une ataxie, alors qu'il n'y a encore aucune douleur fulgurante, aucune incoordination des mouvements, aucun réflexe rotulien, tel que signalé par Westphall, de Berlin. Il serait difficile, pour le cas qui est sous vos yeux, de tirer des conclusions rigoureuses en faveur de ce que je viens de dire. Chez ce patient, les douleurs fulgurantes existent déjà depuis près de deux ans et il est difficile d'obtenir des renseignements exacts sur les troubles oculaires qu'il a pu observer antérieurement à cette date.

Cependant, je suis porté à croire qu'ici les yeux ont été les premiers à porter l'empreinte de la maladie. Le patient raconte qu'il y a plus de deux ans il a été sujet à une certaine fatigue qui se traduisait par un embrouillement de la vue et dont il se soulageait en portant la main à ses yeux. Il se peut que cette fatigue passagère ait été causée par une diplopie fugace telle qu'il s'en présente souvent dans le cours de l'ataxie. La diplopie, vous le savez, est caractérisée par la perception d'images doubles. Ce trouble de la vision résulte d'un dérangement dans la convergence des axes optiques principaux au point de mire.

Il n'est question ici que de la diplopie binoculaire, c'est-à-dire de celle qui résulte de l'action associée des deux yeux. Lorsqu'un des muscles moteurs de l'œil est atteint de paralysie ou de parésie, il se produit un dédoublement des images toutes les fois que ce muscle vient en action.

Supposons, par exemple, que le droit externe de l'œil droit soit atteint, le malade pourra regarder à sa gauche, et faire converger ses yeux sur un objet situé en face et près de lui sans qu'il y ait diplopie, mais aussitôt que l'objet s'écartera de la ligne médiane vers la droite, aussitôt il paraîtra double. L'écartement des deux images sera d'autant plus accusé que l'objet se portera plus vers la droite.

Règle générale, dans les paralysies oculaires, les images se dédoublent du côté des muscles paralysés ; elles sont donc directes dans la paralysie des droits externes, tandis qu'elles sont croisées dans la paralysie des droits internes. On peut artificiellement produire cette diplopie en se servant d'un

prisme, et reconnaître quel est le muscle affecté en mettant un verre coloré devant un des deux yeux. Nous aurons occasion de revenir plus au long sur ce sujet en parlant des paralysies oculaires. Pour le moment, qu'il me suffise de dire que la diplopie est un symptôme de la plus grande valeur dans les paralysies oculaires et qu'il constitue pour le malade non seulement un inconvénient mais aussi un danger. Il cause le vertige, donne une fausse notion sur la situation des objets, leur grandeur et la distance à laquelle ils sont placés.

L'orientation sur la vue devient difficile. Les malades croient descendre lorsqu'il faut monter les marches d'un escalier ; au lieu de fuir le danger, une voiture par exemple, ils peuvent se précipiter au devant. Il résulte de la formation de ces images doubles un miroitement insupportable qui peut provoquer des syncopes, des vomissements, et faire croire à des accidents cérébraux. Notre malade avait peut-être, à un dégré plus ou moins prononcé, ce vertige oculaire dont il se soulageait en se portant la main aux yeux.

Les paralysies que l'on rencontre dans le cours de l'ataxie locomotrice peuvent être simples, monoculaires, c'est le cas le plus fréquent. Les nerfs le plus souvent affectés sont par ordre de fréquence les 3ème, 4ème et 6ème paires. Toutes ces paralysies sont reconnaissables les unes des autres par la position des images doubles, s'il y a diplopie, et par l'épreuve de l'arc de rotation du globe oculaire dans la direction respective de chacun des muscles moteurs de l'œil.

On peut remarquer un affaiblissement de tous les muscles de l'œil ; l'examen en est très pénible parce qu'il se passe alors dans ces muscles une série de contractions et de relâchements, qui échappe à toute dénomination spéciale. En résumé, la diplopie résulte de la paralysie partielle ou totale des muscles moteurs de l'œil, et lorsqu'on la voit apparaître sans cause appréciable, il faut toujours songer au début d'une ataxie locomotrice progressive et si cette diplopie, cette paralysie, offre un caractère variable, intermittent, passager, le diagnostic d'ataxie locomotrice fait encore moins de doute.

Les troubles observés du côté de la pupille ne sont pas moins importants que les précédents. Comme ces derniers, ils peuvent se manifester au début de l'ataxie. Ils consistent en une contraction ou une dilatation exagérée du sphincter irien. Pour pouvoir bien apprécier la valeur de ce symptôme, il faut tenir compte de plusieurs faits qui peuvent en atténuer ou en augmenter l'importance. La pupille n'a pas le même degré de dilatation chez tous les individus. Tandis qu'elle est normalement grande chez les enfants et les myopes, les per-

sonnes faibles et anémiques, elle est au contraire retrécie chez les personnes âgées. Il faudra donc tenir compte de ces influences diverses. Dans le cas qui nous occupe, le patient est âgé de 51 ans, ses deux pupilles sont contractées et ne réagissent pas à la lumière. Elles sont également contractées, quoique dans l'un des yeux la vision soit déjà totalement abolie.

Trousseau a admis l'existence du myosis au début de l'ataxie, mais on le rencontre aussi à une période plus avancée. Quand il existe de la mydriase, on peut songer à une altération du fond de l'œil, à une paralysie de la 3ème paire, ou encore à l'existence d'une crise douloureuse. Ce symptôme appartient donc à une période avancée de la maladie. Cependant il est impossible de formuler rien de précis à ce sujet. Règle générale, lorsque les pupilles sont dilatées et immobiles dans le cours de l'ataxie, on rencontre en même temps une atrophie papillaire et le malade est paralytique. A ces dernières périodes, je le répète, on peut encore rencontrer un myosis au lieu d'uné mydriase dans la moitié des cas, et notre malade en est un exemple.

Le fond de l'œil nous fournit des indications précieuses dans le diagnostic de l'ataxie locomotrice. L'affaiblissement de la vue dont se plaignent les malades atteints de cette maladie est causé par une lésion du nerf optique. Cette lésion offre des ressemblances avec celle que l'on rencontre dans les cordons postérieurs de la moëlle. Elle a pour conséquences un rétrécissement concentrique du champ visuel une diminution de l'acuité visuelle et une difficulté à reconnaître les couleurs, surtout les teintes secondaires. Si vous examinez notre malade à l'ophthalmoscope, vous verrez que dans l'œil droit la papille du nerf optique a perdu sa coloration normale, qu'au lieu d'être rosée elle est devenue d'un blanc bleuâtre reflétant fortement la lumière.

Cette coloration bleuâtre est dûe à ce que les fins vaisseaux qui donnent à la section nerveuse sa couleur rose sont masqués par le tissu cellulaire opaque.

Le calibre des artères ne parait pas être en relation avec le degré d'atrophie. Il n'y a pas d'excavation. Les bords de la papille sont nets et très distincts, et cette netteté des bords du disque papillaire permet de distinguer l'atrophie simple de celle qui est consécutive à une névrite. Dans ce dernier cas en effet les bords sont diffus et nuageux.

Dans l'œil droit de notre malade l'atrophie est complète, l'acuité visuelle et même la perception lumineuse sont nulles. Cependant, tout n'est pas perdu pour lui, l'amaurose tabétique a attaqué inégalement les deux yeux. La papille de

l'œil gauche présente elle aussi, mais à un dégré moins prononcé, les apparences de l'atrophie, l'acuité visuelle égale $\frac{1}{8}$, le champ visuel est rétréci concentriquement par secteurs comme l'indique cette feuille. La courbe qui représente ses limites offre des contours irréguliers sous forme de secteurs dont le sommet aboutit à la papille. Le rétrécissement est concentrique, plus marqué en dehors qu'en dedans; il évolue plus rapidement que l'amblyopie, de sorte que les malades ont parfois une acuité visuelle satisfaisante alors que la sensibilité rétinienne est limitée à la macula. Ce signe constitue le meilleur moyen de distinguer l'atrophie au début des autres formes d'amblyopie.

La perception des couleurs est aussi altérée chez notre malade. Il existe chez lui de la dischromatopsie. Ce symptôme apparait presque toujours au début de l'ataxie. C'est un signe certain d'altération des fibres du nerf optique, c'est un caractère appartenant en propre à l'atrophie parenchymateuse et qu'on ne retrouve pas dans l'atrophie interstitielle.

Les examens répétés que nous avons faits devant vous pour connaître la perception colorée de notre patient nous ont révélé une dyschromatopsie pour les teintes secondaires pâles et les teintes très foncées. Le violet n'est pas reconnu.

En résumé, l'aspect des nerfs optiques de notre malade, les lésions observées du côté du champ visuel et de la perception des couleurs constituent un ensemble de symptômes des plus probants en faveur del'ataxie locomotrice. Supposant le cas où il n'existerait ici aucun autre symptôme général de la maladie que ceux que je viens de mentionner, la certitude du diagnostic serait suffisante. M. Charcot attache une grande importance à l'examen ophthalmoscopique dans l'étude des maladies nerveuses et surtout de l'ataxie, et voici comment il s'exprimait dans une de ses leçons cliniques à la Salpétrière : " Ayant été témoin bien des fois de la sûreté, de la précision du diagnostic établi par des médecins versés dans l'ophthalmologie et le maniement de l'ophthalmoscope, je suis arrivé à partager, au moins en grande partie, la conviction qui les anime."

Puisque l'ophthalmoscope peut nous être d'un grand secours, il importe donc d'en bien connaître le maniement afin d'empêcher les examens d'être inexacts, et de ne pas donner une fausse interprétation aux symptômes révélés. Il ne faudra donc pas trop vous hâter de conclure à une atrophie du nerf optique, en vous rapportant à un symptôme isolé, à la coloration blanche, par exemple. Le nerf optique offre, à l'état normal, différents aspects qui peuvent quelquefois en imposer au premier abord pour des lésions pathologiques. Ainsi

la papille peut être pâle et même excavée sans qu'il y ait la moindre altération. Le diagnostic différentiel entre l'atrophie non tabétique et celle qui résulte d'une névrite n'est pas toujours facile à faire. Pour toutes ces raisons et beaucoup d'autres que j'omets, il vaut mieux en se servant de l'ophthalmoscope, surtout au début, se garder d'être trop absolu.

M. Abadie divise les atrophies papillaires en parenchymateuses, et en interstitielles. Cette division établit dans le nerf optique une distinction semblable à celle qui existe déjà pour les affections du rein et du foie. Ces deux formes d'atrophies papillaires correspondraient à deux affections génératrices d'un processus bien différent, le tabes et la sclérose en plaques disséminées. Dans l'ataxie locomotrice, vous le savez, la lésion porte d'abord sur l'élément nerveux lui-même; au contraire, dans la sclérose en plaques, la lésion porte d'abord sur le tissu conjonctif qui, en proliférant, vient étouffer les tubes nerveux. Dans le tabes, le tube nerveux disparait, tandis que dans la sclérose un certain nombre de tubes nerveux peuvent encore servir à la conductibilité nerveuse. Nous devons ces détails à Charcot. On en voit la déduction pratique : dans un cas la vue se perd complètement, dans l'autre la conductibilité est diminuée mais la vue n'est jamais totalement perdue. La clinique confirme ces données ; dans l'ataxie, l'amaurose étant complète au début, les couleurs ne sont pas distinguées tandis que dans la sclérose en plaques l'acuité visuelle reste relativement bonne ainsi que la perception des couleurs.

M. Luys en nous démontrant le premier le siège des lésions dans l'ataxie locomotrice nous a aussi révélé la nature des lésions histologiques du nerf optique. Il a constaté la vascularisation de ce tronc nerveux, sa diminution de consistance, le ramollissement, l'atrophie, sa transformation en un cordon fibreux et la dégénérescence grise. Le plus souvent, la périphérie du nerf est seule prise, tandis que le centre est encore intact comme si la maladie marchait de la périphérie au centre. Le rétrécisement concentrique du champ visuel explique ce fait pathologique. La dégénérescence peut débuter isolément par les nerfs optiques ou encore simultanément avec des foyers de dégénérescence dans l'encéphale, sans connexion entre ces foyers. A la périphérie, les fibres nerveuses se transforment en tissu cellulaire. Les gaînes ne sont nullement altérées. On ne rencontre pas de dilatation considérable des vaisseaux, ni l'épaississement de la membrane adventice comme dans la moëlle.

L'analogie entre les lésions de la moëlle et celles du nerf optique n'est donc pas parfaite. Le nerf optique peut

être dégénéré à son extrémité terminale. Charcot cite des cas ou l'induration grise s'est propagée depuis les bandelettes jusqu'aux corps genouillés. La physiologie pathologique de l'atrophie tabétique sera interprétée ailleurs qu'ici. Les lésions observées du côté des nerfs moteurs oculaires sont ceux de la dégénérescence grise du nerf optique.

Les symptômes oculaires dans l'ataxie sont très fréquents, il n'est pas hors d'intérêt de préciser.

Quelle est la fréquence de l'atrophie tabétique ?

D'après plusieurs statistiques, on la rencontrerait à peu près dans la moitié des cas. Charcot affirme que la grande majorité des femmes qui sont admises à la Salpétrière comme atteintes de cécité amaurotique, offrent, tôt ou tard après leur admission dans l'établissement, des symptômes plus ou moins manifestes d'ataxie locomotrice.

D'après une statistique de Cyon, sur 203 malades examinés par lui, on a rencontré 106 fois des symptômes oculaires répartis comme suit :

Amblyopie	33
Paralysie musculaire	30
Mydriase	3
Myosis	9
Amaurose et paralysie musculaire	16
Amaurose et mydriase	8
Amaurose et myosis	1
Paralysie musculaire et mydriase	4
Amaurose, mydriase et paralysie musculaire	2
	106

Les cas d'amaurose avec myosis ont compté pour l'exception ; le cas que nous avons sous les yeux est à ce titre un cas rare.

Hernie inguinale étranglée.
Kélotomie.—Guérison.

par J. Robillard, M. D., Thurso, Ont.

Le 29 septembre dernier, je fus appelé auprès d'un malade porteur d'une hernie inguinale depuis 20 ans, M. B..... âgé de 67 ans, cultivateur par état et trappeur dans ses loisirs. Soit par négligence, soit par insouciance du péril, il ne s'était jamais décidé à porter un bandage, malgré de nombreuses atteintes d'étranglement pour lequel il avait toujours été son propre médecin. Enfin, comme les jours se suivent mais ne ressemblent pas, il arriva ce qui arrive ordinairement en ces cas, notre homme fut, le 26 septembre, pris d'un étranglement irréductible.

Après force manipulations, infructueuses de la part du patient à qui l'habitude avait acquis une certaine dextérité, je fus mandé vers la soixante douzième heure après le débnt des accidents. L'anxiété du malade était extrême ; il y avait douleur violente à l'estomac avec vomissement de matières fécales etc. Bref, je conclus à la nécessité urgente d'une réduction quelconque sous le plus court délai. Je n'osai pas pratiquer le taxis avec acharnement, pour les raisons ci-haut mentionnées. J'appelai mon confrère le docteur Melcalfe, de Thurso, et, après chloroformisation suivie de taxis méthodique sans succès, nous en vînmes à l'opération du débridement de la manière suivante : Incision de la peau en ligne oblique, parallèlement à la tumeur, dénudation du sac herniaire par la division sur la sonde de tous les tissus sous jacents à la peau ; puis, après avoir encore fait le taxis pendant quelques minutes sans résultat, nous fîmes la section du péritoine, puis le débridement de l'anneau inguinal, alors que l'intestin fut lentement repoussé dans la cavité abdominale.

L'opération fut suivie d'un pansement simple retenu en position au moyen d'un bandage inguinal. Le patient fut maintenu dans l'immobilité autant que possible, et, au bout de 48 heures, il y eut passage naturel de matières fécales. La guérison se fit graduellement, par suppuration lente, sans fièvre ni douleur. Aujourd'hui, l'homme est bien, il marche et commence même à vaquer à ses occupations.

J'aime à citer ce cas comme un exemple de la puissance de la *vis medicatrix naturæ*, cet homme ayant échappé à une péritonite imminente, sans traitement prophylactique, l'âge et la débilité du malade permettant à peine une diète modérée.

18 Novembre, 1882.

COMMUNICATION.

Acte médical.
Clause concernant les sages-femmes.

Messieurs les Rédacteurs,

Dans l'acte pour amender et refondre de nouveau les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la province de Québec, nous voyons à la fin du paragraphe 17 qui a rapport aux sages-femmes : " Rien dans cette section, ou dans les règlements qui seront faits, n'empêchera, comme cela se

fait souvent, les femmes dans les campagnes de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements, sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements; mais elles devront obtenir un certificat d'un médecin dûment licencié, constatant qu'elles ont les capacités suffisantes."

Mais si ces femmes ont les capacités suffisantes, pourquoi n'iraient-elles pas devant un bureau d'examinateurs; et si elles ne les ont pas, pourquoi laisser au premier licencié venu le droit de donner des certificats de capacité à ces femmes ?

On ne doit pas oublier que parmi nous il s'en trouve qui n'ont du médecin que le titre. Qui nous assure que ce médecin licencié agit par des motifs toujours louables?

Dans chaque paroisse, il y a un certain nombre de pratiques qui donnent bien plus de trouble que d'argent. Pour se débarrasser de ces *mal payants*, on donne un certificat de capacité à la première venue. Ou bien, c'est un confrère voisin que l'on n'aime pas; pour le taquiner, on donne des certificats à une, deux, trois femmes de sa paroisse, lesquelles, non contentes d'enlever une partie du gain de ce docteur, le discréditeront auprès des gens pour tâcher d'attirer quelques nouvelles pratiques à leur protecteur. Moyennant finance, on peut vendre des certificats à la douzaine. Ou encore, c'est une veuve, une ancienne amie, à qui l'on donne un certificat, et que l'on envoie pratiquer dans une paroisse éloignée. Le médecin, surpris, dénonce cette sage-femme au Bureau; on intente une poursuite, et... l'action est déboutée: madame a un permis. Et combien d'autres inconvénients peuvent résulter d'un semblable système.

Et puis, nos vraies paysannes aiment leur vie et leur santé comme les autres et si je ne me trompe pas, l'acte médical a en vue, non seulement les intérêts des médecins, mais aussi ceux des patients, en les arrachant des mains des spéculateurs ou des charlatans. Comment cet acte pourra-t-il supprimer les charlatans, si un seul niais peut en créer des centaines qui seront hors la portée de la loi.

Si nos législateurs savaient toutes les manœuvres que nos braves sages-femmes emploient; s'ils connaissaient seulement la centième partie des infirmités, des accidents, qui résultent de leur maladresse, de leur présomption et de leur hâte intempestive, ils n'auraient jamais songé à mettre une clause en leur faveur. Car enfin, cette espèce de restriction, "elles devront obtenir un certificat d'un médecin licencié," est, avouons-le, fort peu gênante; on trouvera toujours un médecin disposé à donner de tels certificats.

Je ne puis résister a la tentation de rapporter une aventure

qui m'est arrivée dans le commencement de ma pratique. On vint me chercher pour faire un accouchement dans une paroisse voisine. Quatre voitures étaient sur le chemin. Le premier cheval, mené outre mesure, faillit tomber étouffé à ma porte; heureusement qu'une autre voiture n'était pas loin. Ce second cheval était en meilleur état que le premier; nous voilà à la belle course sur les roches, en charrette à poches. Tout à coup, un bandage laisse la roue en dedans, et ne fait pas moins de huit à dix tours au-dessus de ma tête avant qu'on puisse arrêter le cheval. Nous jetons le bandage à terre, et comme la troisième voiture ne devait pas être loin, nous continuons nonobstant ; un morceau, deux morceaux du ceintrage volent en éclats; enfin, rendus au troisième cheval, la pauvre roue n'a plus que des raies qui tiennent à peine au moyeu. Le reste du chemin est fait sans accident.

En entrant dans la maison, j'aperçois cinq ou six femmes ; je cherche la malade des yeux, et ne puis la connaître. Pour un médecin, ne pas connaître la patiente dans une telle circonstance, ce n'est pas flatteur ; ma pipe m'aide à dissimuler mon embarras, et, par quelques questions incidentes et pertinentes, je me fais désigner la malade dans le groupe. "Vous n''avez pas l'air enceinte du tout," ne puis-je m'empêcher de lui dire tout de suite. Néanmoins je fais un examen ; je trouve les parties externes passablement tuméfiées, le col égratigné et très sensible, et l'utérus en antéversion; mais d'enfant, aucun indice. La femme avait été toute la nuit sous les soins empressés de deux sages-femmes—dont une était sans pareille dans le canton, qui tantôt la tenaient couchée sur son lit de misère, tantôt la faisaient marcher ou mettre sur l'eau chaude. Le matin la femme n'en pouvait plus ; c'est alors qu'on envoya chercher le docteur. Je déclarai positivement que, loin d'être en travail, cette malade n'était pas même enceinte. "Ils nous semblait, dirent alors les deux sages-femmes, qu'elle n'était pas comme les autres."

Voici la cause de leur erreur: la femme avait cessé de voir ses règles depuis quelques mois, donc, suivant elles, elle était enceinte ; puis était survenue une dysenterie accompagnée de coliques, alors ce ne pouvait être que les douleurs de l'enfantement. Et voilà mes sages-femmes en frais de faire accoucher cette malheureuse. Vous voyez tout un *rang* en émoi, un cheval tout à fait rendu, une roue cassée, deux hommes exposés à avoir les membres brisés et même à être tués, une femme torturée et meurtrie par le fait de deux fameuses sages-femmes de campagne. Ces femmes n'ont pas depuis, cessé de faire des accouchements, elles en font encore.

Voici un autre fait plus malheureux. L'année dernière. j'étais appelé en toute hâte pour une femme accouchée à six mois, depuis cinq jours, et qui, me dit-on, perdait son sang J'arrivai en même temps que la malade exalait le dernier soupir. Je voulus connaître la cause de l'hémorrhagie, et je trouvai dans l'utérus le placenta entier que j'emmenai en retirant la main. La sage-femme avait rupturé le cordon et avait dit à la malade, que c'était tout ce qu'on pouvait avoir de la *suite*, quand la grossesse n'était pas à terme.

Voilà des échantillons de nos meilleures sages-femmes de campagne; jugez comment sont les autres.

Tous les jours nous constatons de nouvelles bévues, ou plutôt de nouveaux malheurs occasionnés par elles. Comment pourrait-il en être autrement, quand on sait la manière dont elles se recrutent. Une femme se trouve à recevoir un enfant ou deux qui lui tombent dans les mains, de suite la voilà sage-femme: elle a bien fait l'affaire chez une telle, donc elle est capable, et en effet, on vient la chercher de toutes parts. Une autre a eu plusieurs enfants,elle doit savoir comment cela vient, et l'on s'empresse de requérir ses services. Pourvu qu'elle ait de l'audace et de l'effronterie, son chemin est fait. Il n'y a pas jusqu'aux vieilles filles qui, pour se consoler d'avoir été oubliées, ou pour se venger de leurs compagnes plus heureuses, ne se mettent de la partie. Remarquez que toutes se gardent bien de demander des informations au docteur, de peur de paraitre ignorantes. Vraiment, je ne comprend pas pourquoi on tolèrerait de telles sages-femmes.

Si l'on ne veut pas établir un seul bureau d'examinateurs pour les sages-femmes, ce qui serait préférable, qu'on en mette deux, trois, dix, mais que ces bureaux ne se composent pas de moins de trois médecins qui transmettront tout de suite au bureau principal le nom des élues. Pour le bien et l'intérêt des médecins comme des patientes, qu'on ne donne pas ce droit au premier licencié, qui, parmi d'autres, peut avoir la manie de créer des sages-femmes à profusion.

St Ambroise de Kildare. Dr J. Lippé.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Kyste ovarique; ovariotomie; guérison.—Paraplégie traumatique; hémorrhagie médullaire probable.—Leucorrhée infantile.

Kyste ovarique; ovariotomie; guérison.—Monique T***, 21 ans, non mariée, tempérament nerveux, quelque peu anémique,

entre à l'hôpital le 21 octobre. Elle porte une tumeur ovarienne datant déjà de deux années. Il lui est impossible de dire de quel côté la tumeur s'est primitivement développée. Actuellement cette tumeur est très grosse ; l'abdomen est distendu outre mesure et on y constate une fluctuation bien évidente. La malade a déjà subi, avant son entrée à l'hôpital, une ponction qui a fait évacuer soixante onces de liquide. La menstruation n'a pas eu lieu depuis huit mois, et depuis lors la patiente a éprouvé des douleurs, parfois assez intenses, en divers points de l'abdomen. Ce dernier fait est de nature à faire redouter des adhérences entre la tumeur et les parties voisines.

Le 26 octobre, M. le Dr Brosseau pratique l'ovariotomie.

L'anesthésie est obtenue, non au moyen du chloroforme pur, mais au moyen d'un mélange d'une partie d'alcool pur, pour deux parties de chloroforme et trois parties d'éther sulfurique. Ce mélange ne produit pas les effets déprimants du chloroforme pur et est moins apte à favoriser la syncope. Avant que d'administrer l'anesthésique, on fait prendre à la malade deux onces de cognac.

L'opération est pratiquée suivant le mode ordinaire, l'incision première étant de 2½ à 3 pouces entre l'ombilic et le pubis. La couche de tissu cellulaire sous-péritonéal est très épaissie, ce qui lui donne l'apparence de l'omentum ; à l'ouverture du péritoine une grande quantité de sérum s'échappe de la cavité. Un grand kyste qui semble former la majeure partie de la tumeur est ponctionné avec le trocart de Spencer Wells, et donne à peu près trente livres d'un liquide citrin, filant, gélatineux. Nonobstant, l'abdomen reste volumineux. L'opérateur introduit sa main dans la cavité kystique et y découvre une vingtaine de petits kystes chacun de la grosseur d'un œuf de poule. Ces kystes sont rompus et vidés, puis le kyste d'enveloppe est facilement tiré hors de l'abdomen, entraînant avec lui l'omentum qui lui adhère fortement par tout son pourtour. Quatre ou cinq ligatures perdues sont jetées sur cet omentum dont la portion adhérente est excisée.

Le pédicule étant long, on le place dans l'angle inférieur de la plaie où il est fixé au moyen d'un *clamp*. La plaie est fermée au moyen de six sutures profondes faites avec un fil de soie très fort ; ces sutures intéressent le péritoine pariétal et doivent en rapprocher les bords aussi exactement que possible ; les deux fils inférieurs transfixent de plus le pédicule afin d'en mieux assurer l'adhérence aux lèvres de la plaie. Huit sutures superficielles, faites avec une soie fine, complètent l'occlusion de la plaie.

L'opératien commencée à 10½ heures A.M., est terminée à 12½ hrs. P.M. La malade n'a, durant l'opération, manifesté aucun symptôme alarmant. Le pouls a été presque toujours accéléré, quoique petit et faible. Il y a eu des vomissements à quatre reprises différentes dans le cours du sommeil anesthésique, mais pas une seule fois après l'opération. La malade est presque immédiatement mise sous l'influence de l'opium dont on répète la dose au besoin. Le cathétérisme est pratiqué *p. r. n.* Le soir, le pouls est à 102°, température 98½°. La malade est souriante. On prescrit la diète lactée, et occasionnellement un peu de brandy et d'eau.

Le 27 et le 28 la malade est assez bien. Le pouls se maintient à 110 en moyenne, et la température à 100° Fahr. On remplace l'opium par la morphine. Diète : lait et brandy. Le cathétérisme est toujours pratiqué au besoin ; l'urine est sécrétée en quantité normale.

Le quatrième jour, il y a élévation un peu plus considérable de la température, qui est à 101°, pouls 120. La malade se plaint de douleurs abdominales, etc., tous symptômes propres à faire redouter une péritonite.

Le cinquième jour, le pouls n'est qu'à 100 et la température à 100⅕°. En faisant le pansement, on constate que l'union de la presque totalité de la plaie s'est faite par première intention et qu'il n'y a pas une seule goutte de pus, sauf au pourtour du pédicule où l'union n'a pas encore eu lieu. Le clamp est encore maintenu en place.

Le pouls et la température se maintiennent aux chiffres ci-dessus, avec de très légères variations, jusqu'au 8ème jour, alors que surviennent de petits frissons, tremblements, agitation, perte de sommeil. Le clamp tombe de lui-même. On enlève tous les points de suture, moins ceux qui transfixent le pédicule. La plaie est pansée antiseptiquement. Pouls, 114, température 100½°. On prescrit la quinine à dose de 2 grains toutes les deux heures, et les stimulants à profusion.

Le 4 novembre (9ème jour), les mêmes symptômes continuent. Pouls 116, température 100½°. Il y a délire ; le facies est altéré, le regard farouche, la face vultueuse, les pupilles très dilatées ; il y a de plus clignottement des paupières ; la malade prononce des paroles incohérentes ; soubresaut des tendons, carphologie.

Le pansement est fait avec soin et l'on constate qu'une petite quantité de pus séjourne et stagne autour du pédicule. Une sonde en gomme est introduite aussi profondément que possible et l'on pratique des injections désinfectantes à l'acide phénique. Le bout du pédicule est cautérisé au perchlorure

de fer. Il semble très probable que les symptômes défavorables qui se montrent ici indiquent un commencement de septicémie amené par les quelques gouttes de pus séjournant au-dessous du clamp, et par la mortification et l'élimination de la portion comprimée. Dès le soir, les symptômes alarmants sont moins intenses. On continue l'usage de la quinine. Diète généreuse : stimulants, vins, etc.

Le 5 novembre. A.M., pouls 116, température 101°. Pansement comme hier. On cautérise encore le pédicule. Le soir, pouls 82, température 98½°. Dès lors la malade continue à prendre du mieux, le pouls et la température ne s'élevant guère au-dessus de la normale. L'appétit est excellent ; souvent même il faut le surveiller. On prescrit toujours une diète généreuse ainsi que l'usage de la quinine à doses toniques et des stimulants.

Au moment où ces notes se terminent, 20 novembre, la patiente est très bien. La plaie achève de se cicatriser. Les forces générales se relèvent rapidement.

Un auteur dit que le succès de l'ovariotomie dépend en grande partie des soins assidus et intelligents des garde-malades. Sous ce rapport, rien n'a fait défaut dans ce cas-ci. Une religieuse s'est constamment tenue nuit et jour auprès de l'opérée, et les médicaments, etc., ont été administrés à la minute et tels que prescrits. De tels soins ne peuvent être donnés que par une religieuse ; une sœur de charité seule peut, sans faillir et sans se lasser, répondre ainsi avec autant de dévoument et de zèle aux obligations qu'impose le soin d'un cas semblable.

Paralysie traumatique ; hémorrhagie médullaire probable.— Michel D..., 25 ans, employé au déchargement des navires, est, le 16 septembre 1882, renversé par la chûte de plusieurs sacs de farine, (poids total de 800 lbs,) qui lui tombent sur le dos. Il est aussitôt transporté à l'hôpital, salle Saint-Joseph No. 1, service de M. le Dr Brosseau. A un premier examen on constate une paralysie incomplète de la jambe droite. Aucun signe de fracture ou de luxation aux membres, non plus qu'à la colonne vertébrale dont les diverses régions sont minutieusement examinées sans qu'on y puisse découvrir de lésion appréciable. Le malade qui n'a pas perdu connaissance, accuse une douleur très forte au niveau de la septième vertèbre cervicale ; cette douleur s'exaspère à la pression. Il y a priapisme. Pouls lent et faible. Température normale.

Le lendemain, 17, la paralysie est complète et s'étend aux deux jambes ; elle envahit même le tronc jusqu'à la région épigastrique. La sensibilité tactile et la sensibilité doulou-

reuse sont émoussées dans les parties paralysées. Il y a également paralysie de la vessie et des intestins; tympanite. Pouls et température comme hier. On prescrit des sinapismes au niveau de la région cervico-dorsale. A l'intérieur, le brandy à doses suffisantes pour relever un peu le pouls. Le cathétérisme est pratiqué au besoin; des lavements simples sont donnés mais presque sans succès.

Le 18, a. m., des selles abondantes se produisent, ce qui amène une diminution de la tympanite. Pouls 80, température 100°.

Le 19, pouls 92, température 100½. On remplace le brandy par l'iodure de potassium à dose de 10 grains, trois fois par jour. On applique des ventouses sèches au niveau de la région douloureuse de la colonne vertébrale. La paraplégie est complète, on continue le cathétérisme au besoin. De large sphacèles se déclarent à la région sacrée et au niveau des trochanters. On les panse à l'oxide de zinc. Le priapisme est presque nul maintenant.

Du 20 au 30, les symptômes restent à peu près les mêmes. La paraplégie ne s'améliore en aucune façon. Le malade a plusieurs selles involontaires. La température varie entre 98½ le matin et 100° ou 100½ le soir. Le 20 p. m. cependant, le thermomètre marque 103°, le pouls étant à 112. Cette exacerbation est de courte durée, et le 28 a. m., la température est revenue à 98½ et le pouls à 88. Plusieurs esclares se sont formées à la région sacro-iliaque et au niveau des trochanters. Ces dernières sont particulièrement profondes et atteignent presque la surface de l'os. C'est bien là le *decubitus acutus* de Samuel et Charcot.

Le 1er octobre, on met de côté l'iodure de potassium pour le remplacer par la strychnine à dose de $\frac{1}{60}$ gr. trois fois par jour et augmentant graduellement jusqu'à $\frac{1}{15}$ gr. De plus, l'usage du courant faradique.

Ce traitement est continué durant tout le mois d'octobre et la première partie de novembre, mais sans beaucoup d'amélioration. La sensibilité tactile est revenue quelque peu, mais la paralysie motrice reste toujours aussi complète.

Quelques eschares ont pu se cicatriser, d'autres se sont formées dans le voisinage. L'atrophie des muscles des membres paralysés a été rapide et considérable. La température et le pouls se maintiennent à peu près à la normale, mais il y a toujours une petite exacerbation le soir. L'appétit est assez bon. Le malade laisse l'hôpital le 16 novembre, sans être autrement amélioré.

Lencorrhée infantile—Corinne C....., 4 ans, tempérament

scrofuleux, est présentée à la consultation le 13 novembre, pour un écoulement vulvaire dont elle souffre depuis quelques semaines au dire de sa mère.

Cet écoulement est verdâtre et accompagné d'une irritation assez vive de la vulve avec rougeur. Il n'y a pas trace d'éruption eczémateuse non plus que d'oxyures vermiculaires. D'un autre côté, les soins de propreté ne semblent pas avoir été très minutieux.

On prescrit des lavages fréquents (à l'eau tiède) des parties génitales externes et de l'orifice vaginal ; tenir ces parties parfaitement propres et sèches ; usage libéral de poudre de riz. En outre, des lotions à l'eau de Goulard, et, à l'intérieur, le sirop d'iodure de fer à dose de dix minimes, trois fois par jour, alternant avec l'huile de foie de morue.

SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 17 nov. 1882.—*Présidence du* Dr A. Lamarche.

Le Dr G. Archambault donne lecture d'un travail sur le diabète sucré considéré au point de vue de l'étiologie, des symptômes, du diagnostic et du traitement. (1)

Dr H. E. Desrosiers : La communication que vient de faire M. le Dr Archambault est assez complète et il reste peu de choses à ajouter ; je bornerai donc mes remarques à certains phénomènes marquant le début et la marche du diabète, et sur lesquels on a récemment attiré l'attention.

Dans une étude que je viens de voir à ce sujet dans le *Concours Médical*, M. Paul Gerne rappelle le mot du professeur Lasègue, que " si bien des gens entrent dans le diabète par une porte bâtarde, si d'autres y pénètrent par une porte largement ouverte, il en est qui, malgré certaines apparences, n'y entrent pas du tout." L'auteur ajoute : " C'est véritablement une exception de rencontrer en clinique le fameux syndrôme classique du diabète : polyurie, polidipsie, polyphagie. Les seuls signes capitaux doivent être tirés de l'examen chimique des urines : *glycosurie* et *azoturie*. Mais comme il est impossible d'examiner l'urine de tous les malades venant à la consultation, il faut savoir soupçonner le diabète au seul énoncé que le client fait de tel ou tel trouble de sa santé, pouvant être rattaché à cette maladie."

---

(1) Ce travail sera publié *in extenso* dans notre livraison de janvier prochain.

A part les symptômes qu'on pourrait appeler classiques et qui sont mentionnés par tous les auteurs, il en est d'autres sur lesquels on n'appuie peut-être pas assez, et qui, en certains cas, pour ne pas dire en beaucoup de cas, constituent dès l'abord les seuls signes appréciables de la maladie, surtout dans ce qu'on a appelé le diabète latent. Parmi ces symptômes, M. Gerne mentionne particulièrement la réaction acide de l'urine, remarquée par M. Lécorché qui la considère, quand elle coïncide avec des urines pâles et abondantes, comme un des symptômes importants du diabète. Il y a de plus l'excès d'acide urique dans le liquide urinaire. Cet excès se manifesterait, selon M. Coignard, des mois et des années avant l'apparition de la glycosurie et même du diabète. On sait d'ailleurs que cet excès d'acide urique existe dans l'urine d'un certain nombre de diabétiques confirmés. M. Bouchardat a même fait de ce caractère particulier le point de départ d'une subdivision du diabète qu'il appelle *glyco polyurique* ou petits diabètes avec excès d'acide urique (1). L'azoturie ou excès d'urée est encore un des caractères de l'urine des diabétiques. L'excès d'urée, comme l'excès d'acide urique, indique que nous n'avons pas affaire à une simple glycosurie, mais au diabète vrai.

Parmi les signes habituels du diabète latent, M. Gerne mentionne encore l'impuissance, symptôme sur lequel M. le Dr Archambault vient d'attirer notre attention; de plus on constate de bonne heure " une fatigue générale, une faiblesse des membres inférieurs qui porte les malades à éviter tout exercice, enfin, une prostration morale tout-à-fait caractéristique. M. Legrand du Saulle a signalé un trait particulier de leur état mental, qui consiste en des idées de ruine que rien ne justifie." Puis, passant à l'examen des troubles nerveux du diabète, l'auteur attire l'attention sur certaines névralgies symétriques, siégeant sur les mêmes branches nerveuses de chaque côté du corps. Ces névralgies ont surtout été signalées par M. J. Worms qui en est venu aux conclusions suivantes:

a. Une variété spéciale de névralgie se rencontre dans le diabète sucré. Elle est caractérisée par l'existence simultanée de la douleur dans les deux branches de la même paire de nerfs. *b.* Jusqu'aujourd'hui, on ne l'a constatée que dans les nerfs sciatique et dentaire inférieur. *c.* Cette névralgie diabétique semble beaucoup plus douloureuse que la névralgie ordinaire. *d.* Enfin elle ne cède pas ordinairement à l'emploi des anti-névralgiques habituellement mis en usage, tels que la

(1) Voir *Bulletin général de Thérapeutique*, 15 et 30 octobre 1882.

morphine, la quinine, les bromures, etc., et doit être classée parmi les névralgies diathésiques, telles qu'on les rencontre dans l'intoxication saturnine, la chlorose, la goutte etc.

Les autres phénomènes nerveux diabétiques consistent en troubles de la motilité ; ce sont des paralysies, et même des attaques de dyspnée, d'apoplexie ou de coma.

M. Gerne, après M. Lécorché, mentionne l'endocardite comme étant une complication occasionnelle du diabète, d'où l'importance de toujours examiner le cœur des personnes atteintes de glycosurie. Quant à la cause déterminante de cette dernière complication, M. Lécorché la croit être la présence du sucre dans le sang. Ne serait-ce pas plutôt un excès d'acide urique qui, comme on le sait, se rencontre dans certains cas de diabète et en particulier dans la glyco-polyurique de M. Bouchardat ?

J'ai eu, dans le cours de l'année dernière, occasion d'observer à l'hôpital Notre-Dame, deux cas de diabète sucré compliqués, l'un de tuberculose pulmonaire, l'autre d'athérome artériel avec ramollissement cérébral et éclampsie. Chez ces malades, les deux affections existaient simultanément lors de l'admission à l'hôpital, mais il fut impossible de savoir au juste laquelle s'était montrée la première. Cependant, dans le second cas, il semble bien probable que le diabète a précédé le ramollissement, autant que j'en puis juger par les signes anamnestiques.

Maintenant, que des altérations organiques des parois artérielles, telles que la dégénérescence athéromateuse, se montrent dans le cours et surtout aux époques ultérieures du diabète, cela ne doit pas étonner. De fait, plusieurs auteurs mentionnent la chose, entre autres, M. Lécorché, dont M. Bouchardat cite l'extrait suivant : " C'est à la longue durée du diabète, à l'atteinte profonde qu'il porte à la nutrition, qu'est due, sans nul doute, la tendance qu'ont à se produire la dégénérescence graisseuse des artères et l'athéromasie. Ces altérations vasculaires peuvent être causes d'altérations secondaires qui sont toujours les mêmes. C'est à ces altérations vasculaires que sont dûs ces obstacles au cours du sang et ces épanchements qui se traduisent par des asphyxies locales, par des gangrènes, par de l'amblyopie, par des attaques d'apoplexie et qui, dans d'autres cas, donnent lieu, par les embolies et les thromboses qui en sont la conséquence, à tous les symptômes du ramollissement cérébral. Ces différentes manifestations se succèdent parfois les unes aux autres, ce qui tend à prouver que la cause première en est la même."

Enfin, l'incontinence d'urine est mise au nombre des symptômes du diabète, et l'on conseille de ne jamais instituer de

traitement dans les cas d'incontinence, surtout chez les enfants, sans s'assurer au préalable de la présence ou de l'absence du sucre dans l'urine.

Dr A. A. Foucher.—Dans le cours de sa lecture, M. le Dr Archambault a parlé de la cataracte comme étant un des symptômes que l'on peut rencontrer à la période ultime du diabète.

Il y a encore une autre manifestation oculaire de la glycosurie, c'est une forme de rétinite qui correspond à cette affection.

La rétinite glycosurique est une variété de rétinite hémorrhagique. A l'ophthalmoscope, on remarque dans la couche la plus interne de la rétine un plus ou moins grand nombre d'hémorrhagies. Ces hémorrhagies sont presque toujours striées et s'accompagnent d'une hypérémie veineuse très intense. En outre, on remarque des taches blanchâtres dûes à des espèces de cicatrices qui se forment dans la rétine quand les hémorrhagies se sont résorbées.

Les troubles visuels observés dans le diabète ne sont donc pas toujours dûs à l'opacification du cristallin. Ce dernier peut être tout-à-fait transparent, et la diminution de l'acuité visuelle peut alors être rapportée à la variété de rétinite hémorrhagique dont je viens de parler.

Dr N. Fafard. — Jaccoud appuie fortement sur la distinction à établir entre le diabète et la glycosurie que l'on confond souvent.

Il peut y avoir glycosurie sans diabète, mais il n'y a jamais diabète sans glycosurie.

Le fait de trouver du sucre dans l'urine ne doit pas être pour le médecin le signe infaillible d'une affection grave. Plusieurs causes peuvent amener cet état de l'urine; telles sont, par exemple: la trop grande abondance d'une nourriture sucrée ou féculente, le sevrage des nourrissons, l'administration de la térébenthine, de la nitro-benzine et d'une foule d'autres substances. Ces causes venant à disparaître, le sucre disparait lui aussi. La glycosurie proprement dite n'est pas une maladie. Il n'en est pas de même du diabète, dont les symptômes ordinaires sont: urine abondante et très dense, soif ardente, amaigrissement, peau sèche, etc. Dans ce cas, du sucre est constamment et continuellement trouvé dans le liquide urinaire. Les causes de cette affection sont encore très obscures. Quoiqu'il en soit, le diabète constitue une maladie très grave, souvent mortelle.

Je ne parlerai pas du traitement qui a été si bien donné par mon savant confrère.

L'analyse à faire, pour la recherche du sucre dans l'urine, repose sur les deux propriétés principales du sucre: la fermentation alcoolique et la réduction de certains sels minéraux, comme les sels de cuivre, d'argent, de mercure, de chrome. Le sucre, très avide d'oxigène, desoxyde la base de ces différents sels et donne une coloration caractéristique.

Certaines autres substances contenues dans l'urine peuvent amener le même résultat; telles sont les matières colorantes et l'acide urique. Il sera bon dans ce cas de décolorer l'urine refroidie, au moyen du charbon animal, avant de la soumettre à l'analyse.

Le plus prudent serait d'employer simultanément les deux réactifs: la fermentation et la réduction d'un ou de plusieurs sels métalliques.

Le Dr A. Lamarche.—Le Dr Archambault accepte la théorie hépatique du diabète sucré et prétend que cette maladie n'est que l'exagération d'un acte physiologique, à savoir la sécrétion du sucré par le foie — s'appuyant en cela sur l'autorité de Claude Bernard.

Jusqu'aujourd'hui, on a enseigné dans nos écoles que le foie avait pour double fonction de sécréter la bile et de fabriquer du sucre destiné à servir de combustible dans la contraction musculaire. Or, Pavy, Schiff et autres ont établi par des expériences concluantes que le foie ne fabrique pas de sucre, qu'il ne fait que fixer la matière glycogène dont la transformation en sucre est un phénomène ou pathologique, ou cadavérique, dû au développement d'un ferment diastasique dans le sang.

Cela étant, le diabète n'est donc pas dû à l'exagération d'un acte physiologique, et on n'a aucune raison de fixer le point de départ de cette maladie dans le foie plutôt que dans aucun autre des tissus contenant de la matière glycogène. C'est là l'opinion de Jaccoud.

En somme, il faut bien admettre que la genèse du diabète sucré est encore du domaine de l'inconnu.

Le Dr A. A. Foucher présente un malade affecté de *trachôme et pannus invétérés*, traités avec succès par l'infusion de *Jequirity*, et communique l'observation suivante:

M. P. G....., âgé de 25 ans, batelier de profession, a été atteint, il y a huit ans, d'une maladie d'yeux pour laquelle il réclama des soins immédiats. J'ai vu le patient à cette époque, et je me rappelle lui avoir passé souvent un crayon de sulfate de cuivre, sur des granulations qui recouvraient sa conjonctive palpébrale. Après un certain temps, le malade, sensiblement soulagé, reprit ses occupations.

Au mois de juillet dernier, je revis M. P. G..... à l'hôpital Notre-Dame. La conjonctive était parsemée de granulations et la cornée atteinte d'une vascularisation très étendue. Le traitement ordinaire, consistant en cautérisations au sulfate de cuivre, alternant avec l'acétate de plomb et combinées à l'usage de l'atropine et de la duboisine, fut institué sans aucun résultat satisfaisant. Je dois noter ici en passant que le malade s'est montré tout à fait réfractaire à l'usage de l'atropine ; il suffit de la plus petite quantité d'une faible solution de cet alcaloïde pour provoquer immédiatement un œdème considérable des paupières et une recrudescence des symptômes inflammatoires du côté de l'épisclère et de la cornée. La duboisine ne produit pas chez lui cette complication, et remplace avantageusement l'atropine dans son effet mydriatique.

Après quatre mois de traitement, pendant lesquels je lui fis subir l'opération de la cantoplastie, je voyais les yeux de mon patient à peu près dans le même état qu'au début et je désespérais d'arriver à le guérir, lorsque je résolus de faire usage d'un nouveau médicament qui jouit, au Brézil, de la réputation de faire disparaître les granulations.

M. de Wecker en a vanté dernièrement les effets thérapeutiques dans les *Annales* de Warlomont, et je me suis cru autorisé à en faire l'essai d'après ses indications. Pour mieux me rendre compte de l'effet obtenu, je choisis l'œil droit de mon patient, c'est-à-dire, celui qui était le plus vascularisé, et, le 3 novembre, je badigeonnai la conjonctive palpébrale supérieure renversée, à l'aide d'un pinceau trempé dans une infusion des graines de *Jequirity*. J'ordonnai au malade de continuer à s'en appliquer toutes les deux heures à l'aide de compresses.

Le 4 novembre, les paupières sont rouges, œdématiées s'écartent difficilement l'une de l'autre. Les cils sont agglutinés par du muco-pus. Il s'échappe des paupières une sécrétion abondante, plus ou moins claire, qui coule goutte par goutte lorsque le malade se penche. La cornée est un peu plus vascularisée ; la conjonctive palpébrale supérieure est couverte d'un enduit grisâtre ressemblant à une fausse membrane. Il y a sensation de cuisson, de corps étranger dans l'œil. Pas de céphalalgie ni de fièvre ; le malade a bien dormi.

Le traitement est discontinué le 5 novembre. Les symptômes s'apaisent ; la sécrétion est encore abondante mais n'a pas changé de nature.

Le 6, les symptômes ont continué à décroître.

Le 7, les paupières sont revenues à leur état normal, la

cornée s'éclaircit, la sécrétion est disparue, la conjonctive ne présente pas autant de granulations. Depuis ce jour, l'amélioration continue graduellement.

Aujourd'hui, je vous présente le patient ; le résultat donné par le *jequirity* est incontestable. L'œil droit qui a été sous traitement était le plus affecté. Maintenant il est devenu le meilleur. De fait il est de beaucoup mieux que l'autre.

Je me suis empressé de communiquer cette observation, à la Société, persuadé qu'elle apprendra avec plaisir que nous avons maintenant à notre disposition un médicament précieux contre une des maladies les plus rebelles que nous ayons l'occasion de rencontrer.

L'ophthalmie *jequiritique* remplacera avantageusement celle que nous étions quelquefois forcés de provoquer avec le pus blennorrhagique. Le *jequirity* a sur le pus blennorrhagique l'avantage de n'être pas de provenance douteuse, et son effet peut être plus facilement dosé que celui du pus blennorrhagique; Tandis que ce dernier n'a toujours été employé qu'avec répugnance et dans les cas extrêmes, le *jequirity* sera d'un emploi plus facile, et j'oserais dire plus sûr, parce qu'on peut l'utiliser plusieurs fois sans que le patient s'y oppose, et que l'on peut aussi, à volonté, provoquer différents dégrés de purulence selon la gravité du cas.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Causes de l'albuminurie passagère.—Depuis les observations de Ultzmann, Edlefsen, Furbringer et autres, on sait que l'albuminurie peut se montrer d'une manière transitoire chez des sujets jouissant d'ailleurs d'une bonne santé. En certains cas on peut rattacher ce trouble à l'anémie, à un violent exercice musculaire, à des émotions tristes. Fischl y joint une autre variété de cas chez lesquels il n'existe pas non plus de lésion organique des reins. Il rapporte même l'histoire de dix cas où un traitement avait été institué contre les maladies suivantes : cardialgie, gastralgie, (dûe à l'ulcère et au cancer de l'estomac), colique, entéralgie, colique hépatique, maladies présentant comme caractère commun le fait d'être très douloureuses, de se montrer soudainement, et d'avoir pour siège les organes abdominaux, d'où résulte un choc nerveux plus ou moins considérable et caractérisé par de la pâleur, faiblesse musculaire, pouls filiforme etc. Pendant l'attaque, la

proportion d'urine sécrétée était considérablement diminuée, la gravité spécifique élevée, et il y avait une certaine quantité d'albumine. Cette albumine disparait graduellement après que les premiers symptômes se sont améliorés, mais elle est apte à se montrer de nouveau, si les paroxysmes reviennent. La cause de cette albnminurie temporaire est, d'après Fischl, le choc nerveux commun aux diverses affections ci-haut énumérées. Par le fait même de ce choc, la pression sanguine est diminuée et le sang stagne dans les grandes veines des organes abdominaux, et conséquemment dans le rein. C'est là, suivant Runeberg, la condition requise pour que l'albumine transude à travers les glomérules de Malpighi. Aussitôt que le système est revenu du choc nerveux éprouvé d'abord, et que la circulation rénale est réta blie, la transudation de l'albumine cesse également. Fischl considère donc que dans ces cas l'albuminurie est un symptôme du choc subi par le système nerveux, et cette manière de voir est corroborée par le fait que, même quand les signes de collapse ne sont pas produits par un paroxysme douloureux, l'albumine se montre également dans l'urine. Fischl rapporte un cas où l'albuminurie s'est manifestée après une perte considérable de sang et une forte diarrhée.—*Cincinnati Lancet and Clinic.*

Effets des pédiluves chauds.—Le *London Medical Record* rapporte qu'un Dr Shollkovsky a entrepris un certain nombre d'expériences dans le but de démontrer les effets des pédiluves chauds sur la température et la circulation dans toutes les parties du corps. Ces expériences ont été faites chez des sujets sains, et aussi chez quelques personnes faibles et anémiques, à la période de convalescence de diverses affections aigües et chroniques. La durée du pédiluve a var.ié de 15 à 20 minutes, la température en étant de 107. 6° à 114.5° Fahr. En règle générale, la durée du bain fut de 15 minutes, et la température 108° ou 110°. Dans tous les cas l'eau atteignait les genoux. Voici les conclusions auxquelles en est arrivé l'auteur. 1° Sous l'influence d'un pédiluve chaud, la température du conduit auditif externe s'élève graduellement, atteignant son maximum cinq minutes après le bain. Cette élévation oscille généralement entre 0.1° et 0.3° Réaum, et atteint quelquefois 0.5° Réaum. 2° La température de l'aisselle s'élève aussi dans la grande majorité des cas, mais pas autant que dans le cas précédent. Son élévation varie la plupart du temps entre 0.1° et 0.2°Réaum, mais ne va jamais au-delà de 0.3° Réaum. 3° Dans le rectum, la température est abaissée dans la vaste majorité des cas, et atteint son minimum après le

bain. L'abaissement est persistant et varie généralement entre 0.1° et 0.3° mais est quelquefois de 0.4° Réaum. 4° Les mensurations pléthysmographiques de l'extrémité supérieure font voir que, dans les premiers instants du bain, le volume des membres diminue un peu, mais commence ensuite à s'accroître graduellement, atteignant son maximum vers le milieu du bain et restant à ce chiffre jusqu'à la fin. Après le bain il décroit lentement. 5° Le sphygmomanomètre de Basch indique qu'il y a élévation de la tension artérielle dans la radiale, durant le bain et les 10 ou 15 minutes suivantes. La moyenne de cétte élévation est de 8 millimètres, le minimum étant de 2 m.m. 6° Le tracé sphygmographique pris avec les appareils de Rothe et de Knoll sur la brachiale, présente tous les caractères indiquant une élévation de la pression sanguine, c'est-à-dire que le sommet du tracé est plus arrondi, il y a l'indentation particulière au pouls dicrote et de petites élévations dites élastiques près du sommet. 7° Les battements du pouls sont généralement accrus en nombre; maximum: 24, minimum: 2, moyenne: 5. Après le bain, l'accélération du pouls disparaît assez vite.—*Medical and Surgical Reporter.*

Traitement du rhumatisme cérébral.—Nous trouvons dans le *Concours Médical* du 12 septembre 1882 un résumé des divers modes de traitement préconisés contre le rhumatisme cérébral. Il semble à l'auteur, M. Paul Gerne, que tous les moyens thérapeutiques indiqués par les auteurs contre cet accident redoutable, tels que vésicatoires, révulsifs intestinaux, bromure, opium, chloral sont habituellement impuissants à l'enrayer. Par contre, il appuie sur le traitement par la méthode réfrigérante, tel que l'avait recommandé M. Raynaud, traitement qui semble avoir donné de bons résultats, si on en juge par les essais qui en ont été faits.

" La pensée d'appliquer la méthode de Brand au rhumatisme cérébral avait été suggérée à M. Raynaud par la lecture d'un fort intéressant mémoire de M. Huchard relatif aux tentatives faites en Angleterre par Wilson Fox. Mis en présence d'un cas de rhumatisme cérébral avec température excessive (40°, 5), il fit mettre son malade dans un bain à 16°, et, au bout d'une demi heure, la température était tombée à 37°, 8. Le coma avait cessé et le malade sembla reprendre connaissance. Le soir, la température remontant, un second bain la remit à 37°. Après huit bains donnés en quatre jours, le malade entrait en convalescence.—Bientôt Blachez, puis Féréol, rapportaient à l'Académie d'autres guérisons aussi remarquables, et, dès lors, la discussion s'engagea.

" Quelque opposition se manifesta; certains médecins firent valoir que la guérison avait pu, dans les cas cités, s'opérer d'elle-même, d'autres maintinrent la prééminence du chloral à hautes doses (Bouchut). Mais la majorité se montra favorable à l'emploi de la méthode des bains froids dans les cas déterminés. La véritable indication, dit Woillez qui s'en déclara partisan, existe d'une manière indubitable lorsque le délire coïncide avec une hyperthermie de 40° et avec l'atténuation ou l'abolition de la fluxion des articulations. Woillez a employé le bain à 20° toutes les trois heures jusqu'à disparition du délire. Il faisait cesser l'immersion, dès que le malade éprouvait des frissons; la sédation des accidents cérébraux était d'abord de peu de durée, puis elle se prolongeait de plus en plus après les immersions suivantes. Un sommeil réparateur succédait à l'agitation, et le succès de la médication était révélé, non seulement par la cessation de l'hyperthermie, mais encore par le retour des manifestation articulaires.

" En Angleterre, les médecins préfèrent commencer par des bains tièdes dont ils abaissent progressivement la température jusqu'à 20° et même 18°; mais, lorsque le danger est imminent, Raynaud pense qu'il vaut mieux, pour agir vite, donner le bain à 16°. On peut dire avec vérité que des malades ont été littéralement rappelés, par ce moyen, du bord de la tombe. Si le malade était arrivé à la période de coma, réduit à une masse inerte, semblable à un cadavre qu'on aurait plongé dans l'eau, la première manifestation que l'on observe dans le bain froid, c'est le retour des convulsions qni peuvent durer un certain temps, après lequel il ne reste plus que le délire, Le malade remonte peu à peu, pour ainsi dire, l'échelle des symptômes qu'il avait rapidement descendue. Mais il faut savoir lutter contre l'impatience des familles, qui trouvent toujours que l'amélioration ne marche pas vite à leur gré, impatience qui gagne aussi le médecin et lui fait abandonner trop tôt le moyen de salut. Lorsqu'il ne reste plus que du délire, il faut savoir attendre et continuer l'emploi du bain froid, jusqu'à ce que celui-ci ait disparu à son tour. Si, à ce moment, bien que la température ne soit pas descendue absolument à 37°, on voit s'établir d'une manière continue un sommeil calme et réparateur, Raynaud estime qu'on est dès lors autorisé à cesser l'emploi de la méthode réfrigérante."

On est assez peu fixé, même aujourd'hui, sur la véritable nature du rhumatisme cérébral. Est-ce un accident fonctionnel, ou bien avons nous affaire à une congestion, où même à une véritable phlegmasie? S'il n'y a que congestion, comme les résultats des examens *post-mortem* semblent le prouver et

comme M. Charcot et autres le croient, ce n'est pas une hypérémie ordinaire, si on en juge par les symptômes formidables dont elle s'entoure ordinairement et par l'issue généralement fatale de l'affection. Quoiqu'il en soit, le traitement étant subordonné à la pathologie, l'incertitude de celle-ci, en ce qui regarde les accidents cérébraux du rhumatisme, explique assez les hésitations et les insuccès thérapeutiques.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Diagnostic des tumeurs abdominales.— L'article suivant, traduit de l'*American Journal of Medical Sciences* et qui est à faire le tour de la presse médicale, est un résumé d'une lecture signée par le Professeur Bacelli et publiée par *lo Spallanzani* :

" Avant tout, il faut déterminer si la tumeur est située en dedans ou en dehors du péritoine. Les tumeurs extra-péritonéales se reconnaissent à une résonnance claire et tympanique rendue par la masse intestinale située en arrière de la tumeur. Cependant, il ne faut pas oublier que ce signe diagnostique peut faire défaut si l'intestin est rempli de fèces, s'il y a ascite concomitante, si la tumeur a atteint un volume assez considérable pour presser sur toutes les parties de la paroi abdominale, ou si elle est en contact avec quelqu'organe intrapéritonéal volumineux, le foie par exemple.

D'un autre côté, la résonance tympanique peut exister dans les cas de tumeurs du foie ou de la rate si le néoplasme est recouvert par des anneaux de l'intestin.

Un examen attentif des mouvements de la tumeur pendant l'inspiration et l'expiration peut fournir des renseignements très précis.

Ainsi, la tumeur intrapéritonéale se déprime pendant l'inspiration et s'élève pendant l'expiration. La tumeur rétropéritonéale, si toutefois l'exploration manuelle en est possible, semble glisser sous la main.

Les tumeurs des parois abdominales, au contraire, s'élèvent et se dépriment suivant une ligne perpendiculaire à l'axe du corps, parceque dans l'inspiration la distance qui sépare la paroi abdominale antérieure de la postérieure est augmentée. Cependant, une tumeur intrapéritonéale peut rester immobile si elle a contracté des adhérences avec la paroi abdominale antérieure ou avec le bassin, ou si le diaphragme ou les poumons sont inactifs.

Une tumeur rétropéritonéale peut aussi être mobile : lorsqu'elle occupe une position anormale, tel que le rein flottant, ou lorsqu'elle adhère à un organe intrapéritonéal.

Les adhérences à la paroi abdominale antérieure empêchent de repousser la tumeur en arrière. Si elle est petite, peu mobile ou indépendante des mouvements respiratoires, ses changements de position peuvent être facilement perçus de l'extérieur.

Il est indispensable d'étudier la tumeur en rapport avec la région qu'elle occupe ; on sait que le rein peut remonter en avant du foie et simuler une tumeur de ce dernier organe. De même un exsudat de la plèvre peut simuler une hypertrophie du foie.

Les tumeurs de l'épigastre dépendent tantôt de l'estomac, d'un exsudat péritonéal consécutif à un travail d'ulcération, ou enfin d'échinocoque ou de cancer du lobe gauche du foie.

Les tumeurs de la région ombilicale, quand elles n'impliquent pas les organes normalement situés dans cette région, peuvent avoir pour point de départ une dépression du pylore un déplacement de la rate ou du rein ou un calcul urinaire renfermé dans l'ouraque.

Les tumeurs de la région hypogastrique peuvent être formées par la vessie distendue, l'utérus gravide, des tumeurs ovarienne ou utérine ou des exsudats enkystés.

Les tumeurs des fosses iliaque et inguinale peuvent être produites par des matières fécales accumulées dans le cœcum. par des néoplasmes de l'intestin, un abcès, une péritonite circonscrite ou une affection de l'appendice vermiforme.

On fera bien de s'assurer si la forme de l'abdomen présente l'apparence normale.

Les tumeurs de la rate en élevant les côtes élèvent la paroi abdominale et donnent à l'abdomen la forme d'une poire à sommet dirigé vers le pubis. Les tumeurs du rein au contraire, en pressant sur les côtes donnent à l'abdomen une forme très irrégulière.

Dans les cas de tumeurs de l'hypochondre, l'ombilic se rapproche du pubis et s'allonge.

Dans les tumeurs développées profondément dans l'abdomen, l'ombilic peut être légèrement rétracté et étiré latéralement, et le raphé médian dévié du côté de la tumeur.

La dilatation des veines périombilicales (tête de méduse) indique l'obstruction de la circulation de la veine porte ; cette dilatation est bien marquée dans les cas de tumeur centrale du foie.

Quoique l'obstruction de la veine porte puisse aussi les produire, les autres dilatations des veines épigastriques indiquent

ordinairement une gêne dans la circulation de la veine cave inférieure. Il faut aussi tenir compte du déplacement des autres organes.

Dans les tumeurs de la rate, les ventricules du cœur conservent leur position normale; dans celles du rein, l'estomac est complètement déplacé, et dans les grosses tumeurs, l'estomac peut former un arc de cercle dont la concavité correspond à la concavité du bord interne de la tumeur.

Dans les tumeurs du rein, le colon conserve sa position anatomique, mais il peut être repoussé en arrière et aplati si la tumeur est grosse.

La limite inférieure de la cavité thoracique doit être soigneusement fixée par la percussion, vû que dans les tumeurs de l'hypochondre qui produisent une tension du diaphragme, l'angle pleural complémentaire disparait presque toujours. La même règle peut s'appliquer aux tumeurs du rein.

Il ne faut pas oublier que dans le rein flottant, quand le malade est debout ou même dans le décubitus dorsal, on peut observer une dépression dans la région lombaire correspondante et le rein ne peut plus être perçu à la palpation.

—

De l'hémorrhagie après l'amygdalotomie.—M. Lefferts à la 3eme réunion de l'Association Américaine de laryngologie a traité cette importante question. Il range sous quatre catégories les hémorrhagies à la suite de l'extirpation des amygdales: 1. Hémorrhagie mortelle (très rare); 2. Hémorrhagie dangereuse (se présente quelquefois); 3. Hémorrhagie sérieuse, tant au point de vue des conséquences immédiates qu'éloignées (n'est pas tout-à-fait rare); 4. Hémorrhagie modérée, qui nécessite, pour être arrêtée, l'emploi de la pression directe où des astringents (est fréquente). Dans le plus grand nombre des cas, l'hémorrhagie est presque nulle ou au moins facile à arrêter. Le sang est fourni par l'artère carotide interne ou, le plus souvent, par l'artère pharyngée supérieure, ou bien par les veines dilatées renfermées dans l'amygdale ou situées derrière elle. Comme traitement, il recommande avant tout de déterger la surface de la plaie, afin de voir la partie d'où vient le sang. On doit lier en masse cette dernière, ou tordre le vaisseau qui fournit le sang, mais surtout il faut chercher à arrêter l'hémorrhagie par la pression au moyen du doigt.

Lorsque la perte du sang prend un caractère sérieux, Lefferts recommande d'abord de lier la carotide externe à cause de l'origine de la pharyngée supérieure, même la carotide commune.

Dans la troisième catégorie d'hémorrhagies, la compression

ou la torsion du vaisseau lésé est suffisante. La quatrième forme se remarque surtout dans les grosses amygdales, dont les vaisseaux nourriciers saignent. Dans ces cas aussi, l'opérateur saisit facilement l'arc glosso-palatin dans l'amygdalotome, et en enlève un morceau; les petites artères qu'il renferme se rétractent et ne saignent pas alors très fort, mais elles le font sans interruption; l'hémorrhagie s'arrête par la compression ou les astringents.

La troisième et la quatrième forme se montrent très souvent, seulement comme secondaires. L'auteur rejette le sulfate de fer, comme hémostatique, parce que l'hémorrhagie continue facilement à se produire sous l'eschare, et que le traitement consécutif est plus difficile à instituer.

Dans la discussion, Elsberg, a vu dix cas très sérieux d'hémorrhagie, parmi lesquels il a craint deux fois de devoir faire la ligature de la carotide: il préfère le bistouri. La plupart des autres médecins choisissent le tonsillotome.—Hartmann rejette, peut-être non sans raison, les amygdalotomes qui par des crochets attirent en dedans les amygdales.

La plupart des membres sont d'accord pour dire qu'il faut éviter les blessures de l'arc à cause des hémorrhagies. Il faut reporter ce dernier en arrière au moyen de la soude, après l'avoir au préalable séparé de l'amygdale.

Le rapporteur de ce travail dans le *Monatschr. fur Ohrenheilkunde* a en tout observé six cas d'hémorrhagie importante, parmi lesquels, tout récemment, l'un d'eux a failli se terminer par la mort. Il n'opère qu'avec l'anse galvano-caustique. Les avantages de cette méthode l'emportent sur le léger inconvénient qu'elle a de produire un peu plus de douleur après l'opération; on peut chloroformiser les enfants. On peut, en outre, avec l'anse, embrasser parfaitement le prolongement de l'amygdale vers le bas, ce qui produit si souvent des troubles; en opérant avec le bistouri ou l'amygdalotome, il est ordinairement impossible de l'atteindre.—Il parait certain que, dans quelques pays, en Angleterre, par exemple, les hémorrhagies se montrent très rarement. Mackenzie n'en aurait vu qu'un seul cas dans sa grande pratique.—Dans son traité sur les maladies de la gorge, il passe très rapidement sur cette complication de l'amygdalotomie. Il opère toujours avec l'instrument de Physick, modifié, qui consiste simplement en un anneau et une lame coupante, sans fourchette ou crochet d'aucune sorte. L'amygdale sectionnée est rejetée au dehors par les efforts d'expulsion que fait le malade. Il n'y aurait pas à craindre sa chûte dans les voies respiratoires.

Il faudra n'opérer qu'en dehors de toute poussée d'inflamma-

tion aigûe ou congestive; en n'enlevant que la partie de l'amygdale saillante, hors de la loge, il arrivera le plus souvent que l'hémorrhagie ne sera pas à craindre. Elle s'arrêtera par l'emploi de la glace ou la compression au moyen du doigt. (*Archives of laryngology* 1882 et *Annules de la Société de Médecine de Liège.*)

Les accidents de l'amygdalotomie ont aussi beaucoup préoccupé les chirurgiens français, mais sans les amener à des pratiques compliquées comme l'anse.

A Paris M. Verneuil a beaucoup insisté sur les dangers de l'amygdalotomie. M. de Saint Germain opère exclusivement au bistouri. Il semble probable pour tout le monde que les blessures des vaisseaux de la loge rétro-amygdalienne déterminent des hémorrhagies violentes sans qu'on puisse invoquer la blessure de la carotide. Aussi faut-il rejeter les instruments qui entraînent les amygdales trop en dedans et par conséquent en font l'extirpation la plus parfaite. Tel est l'amygdalotome de M. Broca que j'ai employé souvent autrefois et auquel j'avais renoncé pour cette raison; il enuclée avec une pince à griffe l'amygdale de sa loge; il a du reste donné un cas de mort. M. Verneuil recommande l'application locale de la glace, et la compression avec une grande pince, une branche sur l'amygdale et l'autre à l'extérieur.

Il recommande aussi de ne pas enlever la totalité de l'amygdale, de ne pas passor derrière, d'en laisser un moignon, et surtout de ne pas enlever les amygdales enflammées.

M. de Saint-Germain fait préparer à l'avance l'amygdale par des attouchements au jus de citron qui en endurcissent le tissu.

J'emploie habituellement ce dernier moyen, et j'en recommande encore un qui m'a fort bien réussi en plusieurs cas d'hémorrhagie sérieuse, même dans un cas où j'avais été obligé d'enlever des amygdales encore enflammées; j'imbibe un tampon d'ouate avec de l'ergotine, et je le maintiens appliqué avec une pince snr la plaie en comprimant légèrement. L'action en est très rapide. On renouvelle trois ou quatre fois le tampon et cela suffit. Je puis dire en passant, du reste, que j'ai employé très souvent l'ergotine en applications locales pour les hémorrhagies légères. Elle est de tous points supérieure au perchlorure de fer et ne présente aucun de ses nombreux inconvénients. *Dr J. Lucas-Championnière, in Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Traitement chirurgical des hémorrhoïdes.—M. Walter Whitehead décrit dans le *Brit. Med. Journ.* (février p. 148) son procédé opératoire qui mérite l'attention par sa nouveauté

et son caractère pratique. Lorsque le malade est bien préparé pour l'opération, on lui fait respirer du chloroforme et on le place dans la position de la taille, puis on fait subir au sphincter anal la dilatation forcée au moyen des deux pouces. On introduit alors à six pouces plus haut, une éponge dans le but d'éviter tout écoulement de matière fécale pendant l'opération. Les hémorrhoïdes sont alors mises à nu et disséquées jusqu'à leurs limites les plus élevées, tandis que la muqueuse saine est autant que possible laissée intacte. Les vaisseaux sont soumis à la torsion jusqu'à ce qu'ils se séparent complètement du tissu cellulaire. La muqueuse est alors rabattue sur la surface dénudée jusqu'à la marge de l'anus ; la plaie se trouve ainsi fermée et guérit par première intention.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Injection intra-utérine continue dans l'endométrite septique et traitement chirurgical de la métro-péritonite puerpérale.—Bompiani, célèbre médecin italien, suggère une médication nouvelle de la fièvre puerpérale. Voici comment le *Lyon Médical* résume cette médication : L'auteur propose un moyen qui lui a été inspiré par les résultats fournis par de nombreuses autopsies de femmes mortes de péritonite puerpérale et que beaucoup de praticiens ont entrevu comme lui. Ce moyen est-il bien pratique? C'est ce qu'il reste à établir.

Voici ce que dit Bompiani : Dans les autopsies de femmes mortes dans l'état puerpéral, on trouve toujours de l'endométrite septique et de la métro-péritonite diffuse : la péritonite est toujours sous la dépendance de l'endométrite. Si on arrive à guérir l'endométrite, on évite la péritonite.

L'auteur dit que les injections endo-utérines désinfectantes, et que l'on répète dans la journée, suffisent, dans quelques cas, comme moyens thérapeutiques ; mais dans beaucoup d'autres, elles sont insuffisantes, et alors il faut recourir à l'irrigation continue qu'il voit pratiquer avec succès par Scrober. Mais malgré cela la péritonite se développe ; il se forme au milieu du péritoine une exsudation purulente qui est absorbée par le péritoine lui-même, d'où diffusion du processus et intoxication de l'organisme.

S'appuyant sur les résultats obtenus depuis quelques années par la chirurgie antiseptique, Bompiani propose de laver le péritoine des malades en faisant sur les parties latérales et déclives du ventre une ouverture telle qu'elle puisse permettre

l'introduction d'un drain dont une anse pénétrera jusque dans le cul-de-sac rétro-utérin (quand les ouvertures sont au nombre de deux disposées parallèlement et au dessus de l'arcade crurale en dehors de l'artère épigastrique), pour faciliter l'écoulement du liquide septique contenu dans la cavité pelvienne et faire des irrigations continues avec des liquides antiseptiques.

L'auteur appuie sa proposition sur deux expériences cadavériques.

—

Trois cas d'hémorrhagie, suite d'insertion vicieuse du placenta.—Les insertions vicieuses du placenta sont un peu le cauchemar du jeune accoucheur ; les trois cas suivants que publie Mme Forino, sage-femme de première classe, dans *Le Médecin Praticien*, pourront procurer plus d'un enseignement, malgré que nous ne partagions pas toutes les conclusions tirées par l'auteur de cette étude intéressante d'ailleurs.

Première observation.—Le 5 Juin 1881. Mme V.... rue de Paris, 41, à Gentilly (Seine), enceinte pour la cinquième fois, dont les accouchements précédents avaient été difficiles et la convalescence très longue, se trouvait inquiète de cette dernière grossesse parce que, enceinte de six mois, elle perdait de temps en temps, sans cause apparente, beaucoup de sang. Après l'avoir interrogée et examinée, j'acquis la certitude que j'étais en présence d'un cas d'insertion vicieuse du placenta. Ne voulant pas me charger d'un accouchement dans ces conditions, je conseillai à Mme V... de s'adresser sans plus tarder à un docteur, car elle devait s'attendre à d'autres pertes avant la fin de sa grossesse, et je ne la revis plus jusqu'au 8 juillet.

Ce jour-là, le mari de Mme V... vint me dire que le docteur d'Ivry, dont sa femme avait fait choix, me priait de l'assister. Je partis donc à dix heures du soir. A mon arrivée, je trouvai la malade seule. Le docteur, soit qu'il ait jugé le cas trop grave, soit pour tout autre motif, était parti en conseillant à Mme V...d'aller accoucher à l'hôpital, et ajoutant qu'elle ne pouvait le faire chez elle sans danger. Comme elle ne perdait plus, je l'examinai... Les membranes étaient rompues et l'épaule gauche fortement engagée, l'enfant avait cessé de vivre.

En présence d'une telle position, que devais-je faire ? Je pris toute la responsabilité sur moi et tentai la version. La manœuvre a été très difficile à cause de la rétraction de l'utérus, elle dura en tout *quinze minutes*, mais j'amenai enfin un enfant du sexe féminin qui pesait 3 kilogrammes. Le placenta ne couvrait guère qu'un tiers de l'orifice ; la délivrance s'est opérée naturellement et la femme s'est bien rétablie.

Deuxième observation.—Le 9 novembre de la même année, je fus appelée à donner mes soins à Mme L..., (route de Fontainebleau, 21 *bis*, commune de Gentilly), qui perdait du sang pendant sa grossesse. A mon arrivée, je constatai que j'avais affaire à une primipare et que la perte était légère. Néanmoins je prévins le mari et la mère que d'autres pertes pourraient survenir encore et que la malade accoucherait avant terme; elle était à cette époque enceinte de six mois.

Le 20 du même mois, une deuxième perte se déclare en effet, puis une troisième le 5 décembre, plus forte que les deux premières, enfin, le 14 décembre, une quatrième perte qui, cette fois, fut si abondante, que je fus obligée de pratiquer le tamponnement.

Le tampon fut placé à dix heures du soir, et à une heure du matin les douleurs se sont déclarées. Quelque temps après, je retirai le tampon pour m'assurer de l'état des choses. Le travail était franchement établi; le fœtus se présentait par le siège, et tout se termina à qnatre heures du matin par la venue d'un enfant mort probablement depuis quelques jours. Délivrance naturelle.

Ici se place un second épisode relatif à la même femme. Redevenue enceinte presque aussitôt, Mme L... vient d'accoucher très naturellement, le 25 août 1882, huit mois après le premier accouchement, d'un enfant du sexe masculin, de sept mois environ de vie intra-utérine et qui était mort depuis quelque temps. Il s'est présenté comme le précédent par le siège, mais ce sur quoi je désire appeler l'attention du lecteur et dont je n'avais jamais ouï parler, c'est que l'avant-bras était complètement détaché de l'humerus, et que je l'ai retrouvé dans les membranes. L'extrémité du bras, ce que les chirurgiens appellent le *moignon*, avait l'aspect d'un morceau de terre glaise granuleuse.

Après avoir cherché dans mes livres, m'est avis, suivant ma modeste jugeotte, que l'on pourrait rapporter ce fait à l'un de ces cas d'amputation spontanée des membres, comme on en trouve dans les auteurs Du reste, je laisse l'appréciation de ce phénomène à de plus savants docteurs qu'une humble sage-femme de banlieue, qui n'a d'autre prétention que celle de rendre le plus de services possibles dans les limites de son art. J'ajoute que la mère parait bien conformée et qu'elle s'est rétablie rapidement.

Troisième observation.—Mme M..., route de Fontainebleau. 32, me fit appeler pour la première fois le 10 août 1882. Elle perdait beaucoup de sang sans cause connue, je lui prescrivis un repos absolu et des boissons acidulées. Je constatai une

grossesse de 6 mois passés ; la perte s'arrêta. Cette femme avait eu cinq enfants antérieurement, sans jamais avoir eu d'hémorrhagie ; les accouchements, bien qu'un peu longs, avaient été normaux et leurs suites bonnes. Cette fois donc il s'agissait d'une sixième grossesse.

Le 27 août, deuxième perte, plus forte que la première. J'estime que la malade a pu perdre 500 à 600 grammes de sang ; mais comme c'est une petite femme délicate, c'était beaucoup pour elle.

Troisième hémorrhagie, le 7 septembre à 7 heures du soir. Le mari vint me chercher, il était très inquiet, je ne pus lui cacher l'état dangereux dans lequel se trouvait Mme M..., mais je lui promis de ne rien négliger pour la sauver. Enhardie par les deux succès que j'avais obtenus, je n'hésitai pas à me charger de l'accouchement. A mon arrivée, j'estimai que la dernière perte pouvait bien équivaloir à 800 grammes de sang. La malade était extraordinairement faible, elle craignait beaucoup de mourir ; après l'avoir rassurée autant que possible, j'examinai son col. Celui ci était mou, mais non effacé, je ne cherchai pas plus loin dans la crainte de renouveler la perte et j'appliquai de suite un tampon bien nourri et très serré. Il était alors 8 heures du soir. Comme la malade ne faisait aucun monuvement, je n'avais pas cru utile, je l'avoue, de placer un bandage en T ; mais je m'en repentis plus tard. A 9 h. 40, en effet, des vomissements survinrent et, sous leur influence, ma malade expulsa mon tampon avec des caillots, sans pour cela accuser de douleurs utérines. Rappelée à la hâte, je trouvai heureusement, à ma grande joie, le col dilaté de la largeur d'une pièce de cinq francs en argent ; il était en outre très dilatable. Je constatai aussi que le placenta était inséré *centre pour centre*. Par la partie déjà décollée, une anse du cordon ombilical s'était glissée, et je pus facilement sentir des battements dans cette tige à travers les membranes, donc l'enfant vivait. Je pus même, dans la petite portion de l'orifice laissée libre par le décollement, produire le ballottement de la tête qui se présentait.

Dans ces circonstances, craignant à chaque minute le renouvellement de la perte qui aurait compromis les jours de la femme, je la mis sur le bord du lit, dans la position obstétricale, et, après avoir graissé ma main, je l'introduisis avec assez de difficulté en décollant le placenta sur la partie correspondant aux pieds du fœtus. Arrivée sur l'œuf, je rompis les membranes, je saisis le premier pied que je trouvai—c'était le gauche—et je fus assez heureuse pour amener un enfant vivant bien qu'un peu étonné, mais qui se ranima vite et cria

moins de dix minutes après. Je délivrai ensuite la malade. Ces deux opérations, la version et la délivrance, n'ont pas duré plus de cinq minutes chacune, malgré les difficultés que présentait la première (placenta à décoller, version dans la présentation du sommet).

J'estime à près d'un kilogramme la quantité de sang perdu tant dans la dernière hémorrhagie que pendant la version. Quant au placenta, comme il était en partie décollé, la délivrance se fit très rapidement. Le cordon était inséré sur les bords (en raquette) du placenta qui était exsangue, d'une épaisseur de deux centimètres environ près de l'insertion du cordon et de un centimètre partout ailleurs.

La malade, après son accouchement, a continué à vomir pendant quatorze heures, malgré la glace, le cognac, le champagne.

Ces vomissements ont fini cependant par s'arrêter. L'enfant, du sexe féminin, pèse 1550 grammes, il va très bien, tette et prend du lait coupé qu'il digère. Du côté de la mère, la régression utérine s'opère, la sécrétion lactée se fait, et aujourd'hui, 13 septembre, toutes les fonctions se rétablissent peu à peu.

Réflexions.—On voit par les trois observations qui précèdent: 1° que, contrairement à l'assertion de Velpeau, une sage-femme ne perd pas toujours la tête en face d'une grande perte de sang; 2° que ces pertes qui surviennent par suite d'insertions vicieuses se déclarent plus souvent que ne disent nos livres, du sixième au septième mois; 3° que, quelquefois les docteurs eux-mêmes ne tiennent pas à faire ces sortes d'accouchements, à moins qu'ils ne soient spécialement accoucheurs; 4° que, après plusieurs pertes, la vie de l'enfant est souvent compromise; 5° que les présentations de l'épaule dans les cas d'insertion vicieuse ne sont pas rares; 6° qu'on ne peut trop solidement maintenir le tampon; 7° que, en agissant en temps opportun, on peut sauver la mère et l'enfant; 8° que l'insertion vicieuse a lieu aussi bien chez la primipare que chez la multipare; 9° enfin que le rétablissement rapide de mes malades, après de si grandes pertes de sang, prouve la supériorité de l'accouchement à domicile sur l'accouchement dans une maternité.

Désinfection de l'urine.—Le Dr E. C. Curtis, (*Medical Annals*) prétend que l'addition de 5 grains de chloral pour chaque once d'urine, suffit à conserver celle-ci pendant des mois entiers, pour l'examen microscopique. Avis à ceux qui ont à expédier des spécimens d'urine à de grandes distances.—*Canad. Journal of Medical Science*).

HYGIENE.

Instructions sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde.—Voici les instructions que le conseil d'Hygiène publique et de salubrité du département de la Seine vient de formuler, alarmé qu'il est des ravages que fait cette terrible maladie parmi la population de Paris; nous les suggérons à notre Bureau de santé pour le bien de notre population de Montréal si souvent victime du même fléau.

Lorsqu'un malade est reconnu atteint de fièvre typhoïde, il convient de prendre les mesures hygiéniques suivantes :

1° *Isolement.*—Le malade doit être isolé, autant que possible. Si le local qu'il occupe ne permet pas un isolement suffisant, il est préférable de transporter le malade à l'hôpital.

Si le malade reste à son domicile, les personnes nécessaires pour lui donner des soins doivent seules pénétrer dans sa chambre dont l'entrée doit être sévèrement interdite aux enfants et aux jeunes gens. Les personnes qui soignent les malades doivent se laver avec une solution d'acide phénique (10 grammes pour un litre d'eau).

2° *Aération de la chambre.*—Cette chambre doit être facile à aérer; les tentures, rideaux et tapis doivent en être retirés; le lit sera placé au milieu de la chambre.

3° *Désinfection des déjections.* — Toutes les déjections du malade, avant d'être portées de la chambre aux latrines, doivent être désinfectées, au fur et à mesure, avec une solution de chlorure de zinc (5 gr. pour 100 gr. d'eau). Cette solution doit également servir à laver largement les latrines, chaque fois que les déjections y auront été jetées.

4° *Désinfection des vêtements.*—Tous les vêtements de corps, tous les linges de literie ayant servi au malade, avant d'être portés hors de sa chambre doivent être plongés dans une solution d'acide phénique (20 gram. pour un litre d'eau), et donnés immédiatement au blanchissage.

5° *Assainissement de la chambre.*—Lors du départ ou de la guérison du malade, on doit placer sur un lit de sable, dans la chambre du malade, une terrine contenant quelques charbons allumés, sur lesquels on mettra 20 gr. de soufre par mètre cube d'air. La chambre restera fermée 24 heures et, immédiatement après, les objets de literie, tentures, vêtements, contenus dans cette chambre devront être nettoyés avec le plus grand soin.

La chambre devra être lavée ou lessivée à l'eau phéniquée (20 gram. pour un litre d'eau).

Cette chambre ne sera réhabitée qu'après avoir été largement aérée pendant au moins une semaine.—*L'Hygiène pour tous.*

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Crayons d'Iodoforme.—Nous avons recommandé pour pansement dans les maladies des femmes les crayons d'iodoforme. En voici une formule qui a satisfait aux épreuves à différentes reprises :

Prenez : Iodoforme ..... ℈ii ss
Gomme adragante..... grs ii
Glycérine..... 2 gouttes.
Eau distillée..... 3 —

Faites une masse pilulaire que vous roulerez en un magdaléon de l'épaisseur du tuyau d'une petite plume.

Le crayon doit être de préparation récente ; introduit dans le trajet fistuleux, on l'a généralement trouvé fondu d'un pansement à l'autre.—(*Journal de pharmacie d'Alsace-Lorraine*).

Rhumatisme articulaire chronique. (*Pepper*)

℞ Pulv. Resin. Guaiaci.....
Potass. iodid..... àà gr x
Tinct. Colchici Sem..... f ʒss
Aq. Cinnam.....
Syrupi ..... àà ad f ℥i

M.—De une cuillerée à dessert à une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Gonorrhée. (*Dr D. C. Wade*).

℞. Pulv. iodoformi..... ʒii
Bism. Subnit..... ʒii
Chloral Hydrat.....gr. xv
Morphiæ Acet..... gr. v
Ol. Geran. Ros..... ...gt. xx
Ol. Theobromæ..... ℥i

M. Faites 20 suppositoires du diamètre de ⅛ pouce. Introduire un de ces suppositoires dans l'urèthre trois fois par jour.

Constipation habituelle. (*Bartholow.*)

℞ Tr. physostigmæ.....
Tr. nucis vomicæ .....
Tr. belladonnæ ..... aa. f. ʒii

M. Dose : 30 gouttes dans un peu d'eau, matin et soir.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, DECEMBRE 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE, ET H. E. DESROSIERS.

Législation sanitaire.

La profession médicale canadienne suit en ce moment avec intérêt les démarches et les travaux philantropiques de la commission sanitaire qui a pris à cœur de doter la province de Québec d'une organisation sanitaire effective.

Les résultats pécuniaires qu'elle a obtenus près du gouvernement d'Ottawa, bien qu'insuffisants, ont donné un vigoureux élan à l'organisation et donnent beaucoup à espérer, si comme nous ne saurions en douter, il est permis de tenir compte de la faveur avec laquelle ce grand projet sanitaire a été accueilli par l'honorable ministre d'agriculture à Ottawa et par l'honorable premier ministre de Québec.

Beaucoup de personnes se demandent pourquoi la commission sanitaire a résolu d'appliquer à la collection des statistiques de décès les $10,000 que le gouvernement lui a votés, et si cette somme n'aurait pas pu être mieux utilisée. A cela la réponse est facile. Toute organisation sanitaire a et doit avoir pour objet principal la médecine préventive, prophylactique. Or les maladies qu'il importe le plus de prévenir sont celles qui exercent le plus de ravages et ces ravages ne peuvent s'apprécier exactement que par le nombre des victimes. Chaque saison nous revient avec son cadre nosologique habituel sauf des variations de plus ou de moins ; nous avons chaque année des fièvres typhoïdes, de la diphthérie, de la variole, des affections diarrhéiques, etc, mais chaque année l'une de ces maladies prédomine et c'est à celle-là qu'il faut s'attaquer. Ce qu'on ne saurait faire si la statistique ne vient démasquer l'ennemi.

" Dans le moment actuel " dit le Dr Billings, vice-président du Bureau de santé national des Etats-Unis, " le besoin le plus pressant de la science sanitaire dans ce pays est un

système uniforme d'enregistrement des maladies régnantes, et en second lieu un système analogue d'enrégistrement des naissances et décès. Le défaut des renseignements qu'un enrégistrement de ce genre peut fournir est un des plus grands obstacles aux progrès de la science sanitaire."

Nous sommes déjà renseignés sur les maladies régnantes du pays, mais les statistiques nous manquent totalement.

Le proverbe ne ment pas: *An ounce of prevention is better than a pound of cure.* Il est étonnant qu'on se résigne si difficilement à comprendre qu'un bureau sanitaire est la meilleure école d'hygiène pratique dont on puisse doter le peuple et la protection la plus efficace qu'on puisse offrir à ceux qui savent se préserver personnellement, mais qui, tous les jours, sont exposés à souffrir des bévues ou de la malhonnêteté du premier venu.

La qualité du pain, du beurre, du lait, des conserves alimentaires dont nous faisons un usage quotidien, se règle bien souvent, sans autre contrôle, sur l'honnêteté ou l'adresse de l'épicier ou du fabricant. Les drogues que nous prescrivons ne produisent pas toujours, et pour cause, l'effet thérapeutique désiré, et les boissons qu'on nous débite, depuis le vin de champagne qui ruisselle dans nos estaminets jusqu'à la glace impure dont on le rafraîchit, n'ont pas toujours pour unique effet de *lætificare cor hominis.*

Nous sommes loin de croire aux horreurs de certains prosélytes par trop zélés de Sankey et Moody qui prétendent qu'on frélate les boissons avec de la strychnine, du jus de tabac, des égouts de fumier, et mille autres sottises dont le résultat le plus saillant a été de donner naissance au principe désastreux que la bonne boisson ne fait pas de mal... même quand on en abuse?

Cependant, on ne saurait nier qu'on débite publiquement d'horribles breuvages, et que le bureau de santé rendra à la population un immense service quand il se mettra en mesure d'enrayer la falsification des substances alimentaires, des boissons et des drogues.

L'acte médical et les sages-femmes.

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur la correspondance de M. le Dr Lippé, que nous publions dans la présente livraison. Il est de fait que la clause de "l'Acte médical" concernant les sages-femmes est rien moins que logique. D'une part on autorise le Bureau Provincial de Médecine à

faire tels règlements qu'il jugera à propos concernant le dégré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements, et d'autre part, on donne à tout médecin dûment licencié, le droit de délivrer à telle femme qu'il voudra un certificat autorisant celle-ci à pratiquer les accouchements. Dans ce cas, à quoi bon faire des règlements ? Il y a là une contradiction si évidente que l'on en est à se demander comment les auteurs de cette clause ont pu faire à la raison et au bon sens une concession si étrange. Car la responsabilité des contradictions renfermées dans la clause 17 retombe non pas sur le Bureau Provincial qui a tout fait pour les faire disparaître, mais bien sur le comité privé de la Législature, qui a voulu,—nous ne savons dans quel but, faire ces avantages aux sages-femmes pratiquant dans les campagnes.

Nous estimons qu'il doit être temps de faire cesser l'état de choses actuel et espérons que le Bureau travaillera de nouveau dans ce sens. Les faits relatés dans la correspondance de M. le Dr Lippé ne sont malheureusement pas les seuls que l'on pourrait citer à l'appui de notre thèse, et nos amis de la campagne sont mieux que tous les autres, à portée de juger de leur entière exactitude. Nous les prions donc de se rappeler que nos colonnes sont à leur disposition pour toutes correspondances qu'ils jugeraient à propos de nous adresser sur cette question.

Brochures reçues.

Conjoint Session of North Carolina Board of Health and Medical Society of North Carolina, held in Concord, May 10th 1882.

Death from Chloroform. Report of the Evidence at the Coroner's inquest, Quebec, October, 1882.

Use of the Ecraseur for curing deep seated fistula in ano, by J. M. F. Gaston, M. D., of Campinas, Brazil.

NOUVELLES MÉDICALES.

Statistiques vitales.—La délégation du bureau de santé, composée de MM. l'Echevin Mooney, Dr Larocque, Dr Mount, Dr Campbell, M. Beaudry et F. N. Boxer, a eu son entrevue, à Ottawa, avec le ministre de l'agriculture, au sujet des statistiques vitales. Sa mission était de faire connaître les vues du bureau de santé et de s'entendre avec le gouvernement au sujet de l'emploi des $10,000 votés pour l'établissement de bureaux de statistiques vitales.

L'honorable M. Pope, qui a bien accueilli nos délégués, a promis son appui. Il a exprimé l'espoir que le don des $10,000, forcerait, plus tard, le gouvernement à voter une somme plus considérable. L'honorable M. Mousseau, qui a voulu aller rencontrer la délégation à Ottawa, a promis, lui aussi, de favoriser le projet sanitaire.

Les délégués sont revenus convaincus que leur projet ne peut manquer d'arriver à de bons résultats.

Poursuite.—M. Trefflé Berthiaume a intenté, par l'entremise de MM. Adam et Duhamel, une action en dommages contre l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Il allègue que la suspension, depuis neuf mois, de la publication de *L'Abeille Médicale* lui a causé des dommages.

Un contrat avait été passé spécifiant que M. Berthiaume imprimerait le journal et bénéficierait de la vente, l'Ecole devant fournir la matière à imprimer. Le contrat était pour cinq ans.

Microscopic Club.—On vient de fonder à Montréal un club de Microscopie.

Les messieurs suivants ont été élus officiers :

Dr Osler, président ; Dr J. Baker Edwards, secrétaire ; M. W. Muir, trésorier.

A la première assemblée mensuelle, le Dr Osler présentera une communication, avec pièces à l'appui, sur les parasites du sang de la grenouille.

Charlatan condamné.—Un célèbre Charlatan du nom de Jean Jacques, alias Johnny LeBlond, de la paroisse de Saint-Pierre les Becquets, convaincu de contravention à l'acte médical et n'ayant pu payer l'amende et les frais, a été logé dans la prison commune de Trois-Rivières pour y purger sa condamnation.

VARIÉTÉS.

Un pharmacien en 1752.—M. Métayer a trouvé un document relatif à la nomenclature et aux prix des médicaments dans une pharmacie de Strasbourg en 1752.

L'on y trouve les bézouards, la crotte de chien (*Album græcum*) qui se vendait huit deniers la demi-once, les ongles d'élan, 1 fr. 50 le gros. Parmi les axonges, on voit celle d'oie, de chien, de chapon, de chat, d'homme, de lièvre, de couleuvre, de blaireau, d'ours et de vipère ; celle-ci se vendait 10

sols le gros. Un crapaud sec valait 2 sols 8 deniers. Les dents de sanglier préparées, 1 sol 4 deniers le gros. L'emplâtre de grenouilles, avec le frai ou sans le frai, 4 sols et deux sols le demi-once.

Viennent ensuite à des prix minimes :

Les vers de terre préparés, les mâchoires de brochets, 3 sols la demi-once ; l'huile de vers de terre, l'huile de frai de grenouilles, etc.

On se demande où les apothicaires achetaient leur provision d' " os de cœur de cerf, *ossa de corde cervi* ", qu'ils vendaient 2 sols 8 deniers le gros.

On peut juger, par ce qui précède, combien on savait alors exploiter l'ignorance et la bêtise humaine.

Les temps ont-ils beaucoup changé aujourd'hui ?

Des 47 Etats Unis d'Amérique, ceux qui comptent le plus de médecins, sont :

New-York	7,894	Population	5,083,810
Illinois	6,093	"	3,078,769
Pensylvanie	5,893	"	4,282,786
Ohio	5,562	"	3,198,239

Ceux qui en comptent le moins, sont :

Arizona	22	Population	40,441
New Mexico	28	"	118,430
Wyoming	41	"	19,436
Montana	42	"	39,157

Il y a aux Etats-Unis, 82,229 médecins pour une population de 50,152,866 habitants d'après le recensement de 1880.

Ce chiffre s'éloigne de celui que donne la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* de Paris, qui fixe, d'après les calculs de l'Académie de Médecine, à 65,000 seulement le chiffre de la population médicale de nos voisins.

MARIAGE.

GERMAIN-HEAGERTY.—Le 8 novembre, à l'évêché de Montréal, M. le Dr A Germain à Mlle Jeanne Heagerty.

DÉCÈS.

CHAUSSEGROS DE LERY.—A Québec, le 20 novembre, est décédé, à l'âge de 26 ans et onze mois, M. Louis-Alexandre Chaussegros de Léry, M. D., troisième fils de feu l'honorable A. R. C. de Léry.

RUSSELL.—A Québec, le 6 décembre, le Dr W. H. Russell, ex-Président du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada.

TABLE DES MATIÈRES.

Abcès, froids, 445 ; iliaque, 203 ; multiples dans la fièvre typhoïde, 212 ; du sein, traitement préventif des, 497 ; périnéal 115
Abus, un 287
Accouchement, artificiel dans les rétrécissements du bassin, 450 ; dans le décubitus dorsal, 496 ; délivrance artificielle sept heures après l', 83 ; laborieux, de l'ipecac dans l', 545 ; rapide dans l'éclampsie, provocation de l', 281 ; spontané, dans les rétrécissements du bassin 450
Accidents puerpéraux prévenus par la quinine..... 544
Acide, boracique, dans la diphthérie, 217 ; borique et vaseline comme onguent antiseptique, 543 ; carbolique, empoisonnementpar l', 221, 355 ; carbolique, propriétés antipyrétiques de l', 38 ; salicylique, en poudre, 538 ; salicylique dans le traitement de la fièvre typhoïde..... 531
Acquisition 507
Acte, d'anatomie 141, 146 ; concernant la profession médicale, P. Q., 305 ; des licences et les pharmaciens l', 501, 553 ; médical l', 146, 573 ; médical et les sages-femmes..... 604
Action physiologique et thérapeutique du muguet..... 534
Actions en dommage..... 505
Adénome du sein..... 205
Admission, à l'étude de la médecine, examen pour l', 140 ; à la pratique de la médecine..... 187
Affections cérébrales, la papille optique dans quelques 1
Age critique, métrorrhagies de l' 357
Air, moyens de purifier l' 545
Albuminurie passagère, causes de l'..... 587
Alcooliques, ascite curable des..... 70, 128
Amérique, moyenne de la vie en..... 46
Amputation dans la gangrène traumatique..... 271
Amygdalotomie, hémorrhagie après l'..... 593
Analyseurs publics en cours de justice, les 145
Anatomie, acte d', 146 ; les enlèvements de cadavres et l'acte d'... 141
Anémie, 230 ; et chlorose 397
Anémiques, spermatorrhée des..... 547
Anesthésie, chloroformique 431 ; chez les dentistes..... 548
Angine diphthéritique, traitement de l'..... 229
Anorexie chez les phthisiques..... 184
Antiseptique, chirurgie, 175, 350 ; eau de Cologne, 543 ; onguent 543
Aphasie 207

Aphonie des chanteurs et des orateurs, traitement de l'..... 215
Appareils à fractures, précautions dans l'application des..... 443
Application, des appareils à fractures, 443 ; du forceps au détroit supérieur, 179 ; du forceps dans l'insuffisance des contractions utérines, 84 ; du forceps dans la présentation des fesses 398
Arracheuse de dents, l' 366
Arsenic, dans les fièvres intermittentes, 253 ; traitement de la chorée par l' 218
Art pharmaceutique, comble de l'..... 243
Articulaires, épanchements purulents, 273 ; épanchements sanguins, 273 ; épanchements séreux..... 273
Articulations, traitement des..... 273
Ascite curable des alcooliques.....70, 128
Aspiration du genou..... 178
Assemblée du Bureau des Gouverneurs du C. M. C., P. Q..... 504
Association Médicale du Canada..... 505, 521
Ataxie locomotrice, 559 ; troubles oculaires dans l' 566
Atropine dans les hémorrhagies viscérales, l' 403
Autopsie de Guiteau, l'..... 404
Avortement, prévenu par la quinine, 544 ; méthode pour prévenir la nécessité de l'..... 495

Bande élastique, dans la hernie étranglée, 156 ; dans le prolapsus utérin..... 385
Banquet à l'Hôpital Notre-Dame, 39 ; au Dr E. P. Lachapelle.... 40
Bassin, rétrécissement du..... 450
Bellevue, Hôpital, N.-Y..... 169
Bernier, Dr P. H., Blessure de la main suivie de phlébite, etc..... 97
Bibliographie 91, 236, 237, 299, 408, 457
Bicarbonate de soude dans les brûlures..... 36
Bicarbonates de potasse et de soude dans le rhumatisme musculaire et les névralgies..... 486
Bigelow, lithotritie rapide par la méthode de..... 25
Bill, No..... 499
Blessure de la main, suivie de phlébite, etc..... 97
Bouche, cancer du plancher de la..... 20
Bouillaud, (feu le Prof.), Nécrologie..... 45
Bright, maladie de 475, 547
Brochures reçues.....42, 93, 144, 190, 238, 299, 409, 457, 503, 553, 605
Bromure, d'ammonium dans le délire fébrile, 173 ; de potassium, usages thérapeutiques du, 440 ; de potassium, dans le diabète sucré 537
Bronchite chronique..... 230
Brosseau, Dr A. T., Taxis avec la bande élastique dans la hernie étranglée, 156 ; utilité du chloroforme dans la réduction des luxations..... 319
Brûlures, 352 ; traitement par le bicarbonate de soude..... 36
Bubon, double..... 115
Bureau central d'examens pour la licence 358
Bureau des Gouverneurs du C. M. C. P. Q., assemblée du..... 504
Bureau de santé provincial..... 93

Cadavres, des hôpitaux, crémation des, 365 ; et l'acte d'anatomie, les enlèvements de 141
Campbell, Dr Geo. W., Nécrologie 300
Canada, Association médicale du 505, 521
Canada Medical and Surgical Journal 458
Cancer, de la langue et du plancher de la bouche, 20 ; des os du crâne 463
Cancéreux, hygiène des 353
Caoutchouc, (bande en) dans la hernie étranglée 156
Carie des os du pied 116
Carrière, Dr P., De l'arsenic dans les fièvres intermittentes 253
Cas d'empoisonnement de la rue Panet, le 511
Cas du *Hervey Institute*, le 138
Causes, de l'albuminurie passagère, 587 ; morales des maladies du cœur 262, 387
Cercle médical 145
Chaire des maladies nerveuses 145
Chambre des Communes, contingent médical à la 363
Chanteurs et orateurs, traitement de l'aphonie des 215
Chancroïdes 87, 115
Charbon, traitement du 90
Charlatans condamnés 240, 606
Chemin de fer 461
Chimie médicale.—L'Urine 13, 48, 159, 254, 333, 426
Chimistes, tarif des licences accordées aux 553
Chirurgie antiseptique, 175, 351 ; progrès de la 273
Chirurgiens empoisonnés par l'acide carbolique 221
Chloral et bromures dans le délire fébrile 173
Chloroforme dans la réduction des luxations, utilité du 319
Chloroformique, anesthésie 433
Chlorose et anémie, traitement de la 497
Chorée, traitement de la 218, 497
Clause de l'acte médical concernant les sages-femmes 573
Clavicule, écharpe postérieure dans les fractures de la 434
Cléroux, Dr L. J. V., Considérations sur la physiologie du médicament 245, 327
Cliniques, à l'Hôpital Notre-Dame 517, 559, 566
Club de microscopie 606
Cœur, (hypertrophie du) d'origine morale 262, 387 ; lésions valvulaires du 49, 103
Col, (cystite du) chez la femme 454 ; utérin, tumeur du 226
Colique de plomb, traitement de la 174
Collège des Médecins et Chirurgiens, P.Q...42, 300, 411, 458, 459, [504, 508, 510, 552
Comble, un, 196 ; encore un, 502 ; de l'art pharmaceutique, ... 243
Communes, contingent médical à la Chambre des 363
Communications 61, 428, 470, 573
Concert de l'Hôpital Notre-Dame 240
Concours pour l'internat 238
Conditions contrindiquant la réunion immédiate 494
Confrères, entre 558

Congrès médical d'Allemagne, le dixième 365
Conjonctivite granuleuse 420
Conjonctivites 324
Considérations, sur la physiologie du médicament, 245, 327 ; sur le traitement et le diagnostic de quelques maladies des yeux [322, 367, 420
Constipation habituelle, 86, 602 ; des hémorrhoïdaires, traitement de la 492
Contagieuses, maladies 410
Contingent médical à la Chambre des Communes 363
Contractions utérines, du forceps dans l'insuffisance des 84
Contribution des membres du C. M. C. P. Q.... 411, 458, 508, 510, 552
Contrindications et difficultés du forceps, 182 ; de la réunion immédiate 494
Convalescence de la fièvre typhoïde, abcès dans la 212
Convulsions des enfants, traitement des 407
Coqueluche, traitement de la 284, 362
Cordon ombilical ligature du 401
Correspondance, petite ..... 90, 143, 189, 235, 298, 362, 407, 456, [502, 552
Cors aux pieds, traitement des 357
Crâne, cancer des os du 463
Crayons d'iodoforme 602
Crémation des cadavres des hôpitaux 365
Critique, âge 357
Croup, spray phéniqué dans le 209
Curabilité de l'ascite des alcooliques 70, 128
Cure radicale de la hernie, 132 ; traité sur la 408
Cystite, aigue traitée par l'ergot, 175 ; du col chez la femme 454

David, Dr A. H., notice nécrologique 556
Décès 48, 96, 196, 303, 366, 414, 462, 510, 558, 607
Déchirure du périnée 18
Décision 411
Décubitus dorsal, accouchement dans le 496
Délire fébrile, traitement du 173
Delirium tremens suivi de méningite 488
Délivrance artificielle sept heures après l'accouchement 83
Démission de M. Vulpian 41
Démissions 41
Dentistes, l'anesthésie chez les 548
Dents, l'arracheuse de 366
Départ du Dr Rottot 458
Désinfection de l'urine 600
Desroches, Dr J. I., De la phthisie pulmonaire, 149, 197 ; des injections trachéales 415
Détroit supérieur, application du forceps au 179
Diabète, 339, 581 ; sucré, guéri par le bromure de potassium 537
Diagnostic, différentiel de la perte subite de connaissance, 437, 477 ; et traitement de quelques maladies des yeux, 322, 367, 420 ; des tumeurs abdominales 591

Diarrhée, potion contre la, 454 ; chronique traitée par la viande crue 473
Difficultés du forceps 182
Dilatation manuelle du col dans l'éclampsie 281
Diphthérie, mixture de thymol contre la, 30 ; pilocarpine et. 37, 73
Diphthéritique, traitement de l'angine 227
Dipsomanie 284
Dispensaire de la Pointe St. Charles, le 34
Dixième congrès médical d'Allemagne, le 365
Doctorat, (thèses de) Faculté de Médecine de Paris 419
Dommage, actions en 505
Dosage de l'iodure de potassium 170
Drainage des plaies dans la chirurgie antiseptique 175
Dysménorrhée 230
Dyspepsie, 284 ; chez les jeunes filles nerveuses 230

Eau de Cologne antiseptique, 543 ; froide, traitement des névralgies par l'. 61, 111
Echarpe postérieure dans la fracture de la clavicule 444
Eclampsie, dilatation manuelle dans l', 281 ; des vieillards 339
Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal 191, 508
Eczéma génital, traitement de l', 137, 284 ; infantile, traitement de l' 137
Effets des pédiluves chauds 588
Elimination de l'intestin 212
Elongation des nerfs 538
Emploi du bromure d'ammonium et du chloral dans le délire fébrile, 173 ; du bromure de potassium, 440 ; de l'ipeca dans l'accouchement laborieux, 545 ; de la morphine dans la fièvre puerpérale, 85 ; de la quinine pour prévenir l'avortement et les accidents puerpéraux 544
Empoisonnement, (le cas d') de la rue Panet, 511 ; par l'acide carbolique, 221, 355 ; par le nitrate de potasse, 402 ; par le sirop de Mme Winslow 401
Encore un comble 508
Endométrite septique, traitement de l' 596
Enfance, société de protection de l' 144
Enfants, traitement des convulsions des, 407 ; traitement de la gastro-entérite des, 456 ; traitement de l'incontinence nocturne des, 356 ; trai.ement de la méningite des 552
Enlèvements de cadavres et l'acte d'anatomie, les 141
Entre confrères 508
Epanchements articulaires purulents, 273 ; sanguins, 273 ; séreux 273
Epilepsie, traitement de l' 218
Epistaxis, nouveaux tamponnements dans l' 402
Eponge, greffe à l' 348
Epreuve du lait 354
Ergot dans le traitement de la cystite aigüe 175
Erysipèle, 222 ; généralisé, 205 ; mort dans l', 224 ; traitement local de l' 544

Etat mental de Guiteau 365
Etranglement herniaire, traitement par la bande élastique, 156 ; traitement par la kélotomie 572
Etude, de la gynécologie, 470 ; de la médecine, examens préliminaires à l'..... 42, 140
Etudiants, nouveaux..... 239
Evidement des os du pied..... 116
Examens, de licence, 233, 358 ; pour l'admission à l'étude de la médecine..... 42, 140
Exercice illégal de la médecine 455, 558
Expectorant antiseptique..... 547
Expertise médico-légale dans le procès Hayvern..... 11
Explication, un mot d'..... 407
Exposition d'hygiène de Berlin..... 365
Extirpation du poumon..... 81

Faculté de Médecine de Paris, 410 ; de l'Université Laval à Montréal, 43, 192, 240, 364, 506, 507 ; de l'Université McGill. 507
Fafard, Dr N., Chimie médicale : l'Urine.... 13, 48, 159, 254, 333, 426
Femmes-médecins..... 94
Fémur, fracture du..... 168, 257
Fer, chemins de, 461 ; limonade de..... 356
Fesses, du forceps dans la présentation des..... 398
Fête aux huîtres..... 556
Fiat lux..... 231
Fièvre, intermittente traitée par l'arsenic, 253 ; traitement du frisson de la, 39 ; puerpérale, emploi de la morphine dans la, 85 ; typhoïde, abcès multiples dans la, 212 ; traitée par la méthode de Rothe, 391 ; traitement de la, 502 ; traitée par l'acide salicylique, 531 ; précautions à prendre dans la... 601
Filiatrault, Dr C. M., Le cas d'empoisonnement de la rue Panet.. 511
Finances 498
Forceps, au détroit supérieur, application du, 179 ; dans la présentation des fesses, application du, 398 ; dans l'insuffisance des contractions utérines, 84 ; dans les rétrécissements du bassin, emploi du, 450 ; complications et difficultés du..... 182
Foucher, Dr A. A., La papille optique dans quelques affections cérébrales, 1 ; considérations sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux, 322, 367, 420 ; leçon clinique sur le ptérygion, 517 ; troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice..... 566
Fracture de la clavicule, 168, 444 ; du fémur, 168, 257 ; du radius, 168 ; de la rotule..... 273
Fractures, appareils à..... 443
Frisson de la fièvre intermittente, traitement du..... 39
Gale, traitement de la..... 184, 236
Gangrène traumatique, amputation dans la..... 271
Gastro-entérite aigüe des enfants, traitement de la..... 456
General Hospital, Montreal..... 458
Genou, luxation du, 382 ; ponction aspiratrice du..... 178
Gerçures du sein, traitement des..... 357
Gliôme de la rétine..... 113

Gonorrhée 87, 602
Gouverneurs du C. M. C. P. Q., assemblée du bureau des 504
Grandes lèvres, kyste double des..... 115
Granulations de la conjonctive..... 420
Green, méthode de..... 236
Greffe à l'éponge 348
Guérison du diabète sucré par le bromure de potassium..... 537
Guiteau, autopsie de, 404 ; état mental de 365
Gynécologie, étude de la..... 470

Hayvern, expertise dans le procès 11
Helmerich, formule de la pommade d'..... 236
Hémiplégie et paraplégie..... 64
Hémophilie 171
Hémoptisie, traitement de l'..... 403
Hémorrhagie, suite d'insertion vicieuse du placenta, 597 ; post-partum, 400 ; médullaire, 579 : après l'amygdalotomie..... 593
Hémorrhagies viscérales, l'atropine dans les..... 403
Hémorrhoïdaires, traitement de la constipation des..... 492
Hémorrhoides, traitement chirurgical des..... 595
Hernie, cure radicalede la, 132 ; traité sur la cure radicale de la, 408 ; étranglée, traitement de la, 156 ; étranglée (observation de) suivie de kélotomie et guérison 572
Hervey Institute, le cas du..... 138
Hôpital Bellevue, N.-Y..... 169
Hôpital Notre-Dame, Montréal, 18, 35, 39, 62, 113, 163, 191, 193, 203, 239, 240, 257, 285, 302, 303, 337, 382, 429, 473, 508, 517 559, 566, 576
Hôpitaux, crémation des cadavres des, 365 ; Société Médicale des, 432
Hospital, Montreal General, 458 ; *Women's*..... 94
Howard, Dr R. P..... 555
Hygiène, 460 ; des cancéreux, 353 ; de Berlin, exposition d'..... 365
Hypertrophie du cœur d'origine morale..... 262, 387
Hystérie, (rapports de l') avec d'autres états morbides..... 67, 125

Ichthyose..... 414
Ils n'en veulent pas..... 510
Incontinence nocturne chez les enfants..... 356
Indications de la morphine dans la fièvre puerpérale..... 85
Informations..... 551
Injections, hypodermiques d'eau froide dans les névralgies, 61 111 sous-cutanées d'éther dans la pnemonie adynamique, 213 ; trachéales, 415 ; intrautérines dans l'endométrite septique... 596
Insertion vicieuse du placenta et hémorrhagie 597
Institutions médicales de New-York..... 95
Instructions sur les précautions à prendre dans la fièvre typhoïde, 601
Insuffisance des contractions utérines, du forceps dans l'..... 84
Internat à l'hôpital Notre-Dame, concours pour l'..... 238
Intestin, invagination et élimination de l'..... 212
Invagination de l'intestin..... 212
Iodoforme, crayons d', 602 ; lint à l', 86 ; odeur de l', 542 ; onguent d', 542; pansement à l' 74, 488, 542, 543

Iodure de potassium à petites doses..... 170
Ipeca dans les accouchements laborieux, emploi de l'..... 545

Jequirity, emploi du..... 585
Journal de médecine, le premier..... 145
Jugements obtenus par le C. M. C. P. Q..... 459, 510
Juifs, mortalité chez les..... 460
Junior Pharmacists' Society..... 192

Kélotomie dans l'étranglement herniaire..... 572
Kyste, de l'ovaire, 383, 576 ; double des grandes lèvres..... 115

Lachapelle, E. P., banquet au Dr 40
Lactopeptine..... 411
Lait, épreuve du..... 354
Langue, cancer de la..... 20
Laramée, Dr J. A., lésions valvulaires du cœur, 49, 103 ; injections d'eau froide dans les névralgies, 111 ; de l'ataxie locomotrice progressive 559
Lavoie Dr J. P., Bibliographie d'un ouvrage du..... 457
Laval, Université, 411, 507 ; Faculté de Médecine de Montréal 43, [192, 240, 303, 364, 506, 507
Législation sanitaire 603
Lésions valvulaires du cœur 49, 103
Lettre aux deux Wilfrid..... 374
Lèvres, kyste double des grandes..... 115
Licence, examens de..... 233, 358
Licences, accordées aux chimistes, droguistes, etc., 553 ; les pharmaciens et l'acte des..... 501, 553
Ligature du cordon ombilical 401
Limonade de fer..... 356
Lint à l'iodoforme..... 86
Lippé Dr J., L'acte médical et les sages-femmes..... 573
Litholapaxie d'après la méthode de Bigelow..... 25
Lithotritie, traitement subséquent de la, 219 ; rapide, 25 ; ouvrage de Reliquet sur la..... 236
Livres de médecine, preuve légale appuyée sur les..... 566
Livres reçus.....41, 147, 503
Loi médicale, la..... 302
Luxation du genou..... 382
Luxations, du chloroforme dans la réduction des, 319 ; anciennes 293

Main, (blessure de la) suivie de phlébite, etc..... 97
Maladie de Bright..... 475, 547
Maladies, contagieuses, 410 ; des femmes, manuel des, 457 ; ouvrages sur les, 143 ; nerveuses, chaire des, 145 ; des yeux, diagnostic et traitem't de quelques.....322, 367, 420
Manuel, desmaladies des femmes, 457 ; opératoire de l'opération du phimosis, 34 ; de l'ovariotomie..... 394
Mariages 48, 96, 303, 462, 510, 558, 607
Marsil Dr D., communication..... 470

Matière médicale, thérapeutique *vs* 405
McGill, (université), Faculté de médecine 507
Médaille de M. Pasteur, la 411
Médecin et pharmacien 185
Médecin interne de l'hôpital N. D., rapportdu 193
Médecins et chirurgiens, P. Q., collège des...42, 300, 411, 458, 459, 504
Médecins, femmes, 94 ; nombre de 460
Médecine admission à la pratique de la, 187 ; examens préliminaire à l'étude de la, 140 ; exercice illégal de la, 455, 558 ; premier journal de 145
Medical and Surgical Journal, Canada 458
Médicament, physiologie du 245, 327
Méningite, 261 ; consécutive au delirium tremens, 488 ; traitement de la 137, 522
Ménopause 547
Menstruation et phthisie pulmonaire 228
Méthode, de Green dans le traitement de la migraine, 236 ; de Rothe, contre la fièvre typhoïde, 391 ; préventive de l'avortement 495
Métrite puerpérale, traitement de la 447
Métro-péritonite puerpérale, traitement de la 596
Métrorrhagie, traitement de la 278
Métrorrhagies de l'âge critique, traitement des 357
Microbe de la syphilis 508
Microscopic club 606
Migraine traitée par la méthode de Green 236
Mixture expectorante antiseptique, 547 ; de thymol contre la diphthérie 30
Montreal General Hospital 458
Montréal, Ecole de Médecine et de Chirurgie de, 191, 508 ; Société Médicale de 89, 117, 557
Morphine, (emploi de la), dans la fièvre puerpérale 85
Mort dans l'érysipèle 224
Mortalité chez les Juifs 460
Mot d'explication, un 407
Moyenne de la vie en Amérique 461
Moyens pratiques de purifier l'air 545
Muguet, action physiologique et thérapeutique du 534
Munro, Dr P. A. C., Notice nécrologique 243
Mutilation de l'ovaire 84
Mystification 557

Naissances 48, 244, 366, 414, 462, 558
Nécessité de l'avortement, méthode pour prévenir la 495
Nécrologie : Dr P. A. C. Munro, 243 ; Dr G. W. Campbell, 300 ; Dr Pidoux, 461 ; Dr A. H. David 556
Nerfs, élongation des 538
Neurologie, Société américaine de 379
Névralgies, traitement par le bicarbonate de soude, 61 ; par injections hypodermiques d'eau froide 111
Névrose intéressante 63

Nitrate de potasse, empoisonnement par le..... 402
No Bill..... 499
Nombre de médecins..... 460
Nominations..... 40, 93, 355
Non possumus..... 287
Notre-Dame, Hôpital..... 18, 35, 39, 62, 113, 163, 191, 193, 203, [239, 240, 257, 285, 302, 303, 337, 382, 429, 473, 508, 517, 559, 566, 576.
Nouveau procédé d'application du forceps au détroit supérieur... 179
Nouveaux-nés, opthalmie purulente des..... 367

Obésité..... 224
Obit: Dr Junod; Sir R. Christison; Dr Aimé Martin; Prof. J. Pancoast; Dr Erskine Mason, 244; Dr Louis Desmarres; Dr Brochard; M. J. T. Clover..... 557
Odeur de l'iodoforme..... 542
Onguent de vaseline et acide borique..... 543
Opération, pour fracture de la rotule, 273; de l'ovariotomie, 394; du phimosis, 346; de Porro..... 82
Ophthalmie purulente des nouveaux nés..... 367
Opium dans le traitement de la péritonite..... 165
Orateurs, aphonie des chanteurs et des..... 215
Orchite, traitement de l'..... 137, 446
Origine morale de l'hypertrophie du cœur..... 262, 287
Os du crâne, cancer des..... 463
Os du pied, ostéite et carie des..... 116
Ostéite et carie des os du pied..... 116
Otite suppurée..... 261
Ouvrages les plus récents sur les maladies des femmes..... 143
Ovaire, kyste de l', 383; mutilation de l'..... 84
Ovariotomie, opération de l'.....394 576

Pannus invétéré, traité par le jequirity..... 585
Pansement à l'iodoforme..... 74, 488, 542, 543
Papille optique, (la), dans quelques affections cérébrales..... 1
Paralysie saturnine 386; traumatique..... 579
Pasteur, la médaille de M..... 411
Peau, traitement des taches pigmentaires de la..... 392
Pédiluves chauds, effets des..... 588
Pelvi-péritonite puerpérale..... 203
Pepsine, propriétés tænifuges de la..... 345
Périnée, déchirure du..... 18
Périnéoraphie..... 18
Péritonite, puerpérale. 203; secondaire, 383; traitée par l'opium. 165
Perte subite de connaissance, diagnostic de la..... 434, 477
Petite correspondance...90, 143, 189, 235, 298, 362, 407, 456, 502, 552
Pharmacien, médecin et, 185; en 1752, un..... 606
Pharmaciens, et l'acte des licences, les..... 501, 553
Pharmacists' Society (*Junior*)..... 192
Phimosis opération du..... 346
Phthisie pulmonaire, 149, 197; menstruation et,228; signe précurseur de la.....

Phthisiques, anorrexie chez les, 184 ; sueurs nocturnes des..... 269
Physiologie du médicament 245, 327
Pidoux, Dr H.—Notice nécrologique..... 484
Pilocarpine et diphthérie..... 37, 73
Pirogoff, prof. N..... 94
Placenta, insertion vicieuse du..... 597
Plaies, drainage des..... 175
Plancher de la bouche, cancer du..... 20
Plomb, traitement de la colique de..... 174
Pneumonie, traitement de la, 169, 217 ; adynamique. traitement de la..... 213
Pommade contre la cystite du col, 454 ; d'Helmerich..... 236
Ponction aspiratrice du genou..... 178
Porro, opération de 82
Potion contre la diarrhée..... 454
Poumon, extirpation du 81
Poursuite..... 606
Pratique de la médecine, admission à la..... 187
Précaution dans l'application des appareils à fracture..... 443
Précautions a prendre dans la fièvre typhoïde..... 601
Premier journal de médecine, le 145
Présentation des fesses, du forceps dans la..... 398
Preuve légale appuyée sur les livres de médecine..... 366
Prevost, Dr L. C.—Lettre aux deux Wilfrid, 374 ; tumeur cancéreuse des os du crâne 463
Procès Hayvern, expertise dans le..... 11
Profession médicale, acte concernant la 305
Programme des examens préliminaires, C. M. C. P. Q..... 42
Progrès de la chirurgie..... 273
Prolapsus de l'utérus réduit par la bande élastique..... 385
Prophylaxie, de l'avortement et des accidents puerpéraux au moyen de la quinine, 544 ; de la métrite puerpérale..... 447
Propriétés antipyrétiques de .l'acide carbolique, 38 ; tænifuges de la pepsine..... 345
Protection de l'enfance, société de..... 144
Proverbe chinois..... 145
Provocation de l'accouchement dans l'éclampsie..... 281
Pulsations abdominales..... 63
Purifier l'air, moyens pratiques pour..... 545
Ptérygion, du..... 517
Pustule maligne, traitement de la..... 543

Quarantaine..... 460
Quinine, (emploi de la) comme préventif de l'avortement..... 544

Radius, fracture du..... 168
Rapport du médecin interne de l'hôpital Notre-Dame..... 193
Réaction du sucre dans l'urine..... 454
Réception..... 239
Réduction, des luxations, du chloroforme dans la, 319 ; du prolapsus utérin par la bande élastique..... 385

Réforme nécessaire, une 360
Réformes sanitaires 507
Régime des cancéreux, le meilleur 353
Reliquet, ouvrage sur la lithotritie rapide, par le Dr 236
Résection du fémur, 257 ; des os du pied, 116 ; sous-périostée 398
Rétine, gliôme de la 113
Rétinite albuminurique 475
Rétrécissement du bassin 450
Réunion immédiate, contrindications de la 494
Rhumatisme articulaire aigu, traitement du, 22, 36, 344 ; articulaire chronique, 602 ; cérébral, 337, 587 ; musculaire traité par les bicarbonates de potasse et de soude 486
Robillard, Dr J., hernie inguinale étranglée ; kélotomie ; guérison 572
Rothe, (méthode de) dans le traitement de la fièvre typhoïde 391
Rottot, Dr J. P. 458, 507
Rotule, fracture de la 273
Rupture de la sclérotique 24

Sages-femmes, clause de l'acte médical concernant les, 573 ; l'acte médical et les 604
Salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu 344
Sanitaires, réformes 507
Scarlatine, traitement de la 341
Schell, bibliographie d'un ouvrage du Dr Henry S 91
Sclérotique, rupture de la 24
Scorbut 163
Séguin, Dr E. C. 556
Sein, adénome du, 205 ; traitement préventif des abcès du, 497 ; traitement des gerçures du 357
Sherbrooke. Communication 428
Signe précurseur de la phthisie pulmonaire 69
Simulation, le thermomètre et la 241
Sirop de Mme Winslow 401
Sizer, Dr N. de S., traitement des névralgies par injections hypodermiques d'eau froide 61
Société, médicale de Montréal, 89, 117, 556, 581 ; médicale des hôpitaux, 432 ; neurologique américaine, 379 ; protectrice de l'enfance 144
Spermatorrhée des anémiques 547
Spray phéniqué dans le croup 209
Statistique vitale 554, 605
Sucre dans l'urine, réaction du 454
Sueurs nocturnes des phthisiques, traitement des 269
Supplément à l'Union Médicale 146, 305
Syphilis, 261 ; microbe de la 508

Taches pigmentaires de la peau, traitement des 392
Tænia, traitement du 189, 345, 403
Tamponnements dans l'épistaxis, nouveaux 402
Tannin, comment administrer le 30

Tarif des licences accordées aux chimistes..... 553
Taxis avec la bande en caoutchouc dans la hernie étranglée..... 156
Thérapeutique vs. Matière Médicale..... 405
Thermomètre et la simulation, le..... 241
Thèses de doctorat à la Faculté de Paris..... 410
Thymol contre la diphthérie, mixture de..... 30
Toux, traitement local de la 215
Trachôme invétéré traité par le jequirity..... 585
Trachéotomie..... 77
Traitement des abcès du sein, 497 ; de l'angine diphthéritique, 229 ; de l'aphonie des chanteurs et des orateurs, 215 ; des articulations, 273 ; des brûlures par le bicarbonate de soude, 36 ; du charbon, 90 ; de la chorée par l'arsenic, 218 ; de la colique de plomb, 174 ; de la constipation des hémorrhoidaires, 492 ; des convulsions des enfants, 407 ; de la coqueluche, 284, 362 ; des cors aux pieds, 357 ; de la cystite aigüe par l'ergot, 175 ; du délire fébrile par le chloral et le bromure d'ammonium, 173 ; local de la diphthérie par l'acide boracique, 217 ; de l'eczéma génital, 137, 284 ; de l'eczéma infantile, 137 ; de l'épilepsie, 218 ; local de l'érysipèle, 544 ; de la fièvre typhoïde, 502 ; de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique, 521 ; de la fièvre typhoïde par la méthode de Rothe, 391 ; du frisson de la fièvre intermittente, 39 ; de la gale, 184 ; de la gale par la pommade d'Helmerich, 236 ; de la gastro-entérite aigüe des enfants, 456 ; des gerçures du sein, 357 ; de l'hémoptisie, 403 ; de l'hémorrhagie post-partum, 400 ; des hémorrhoïdes, 595 ; de l'hydrocèle, 171 ; de la lithotritie, 219 ; de la méningite, 137 ; de la méningite des enfants, 522 ; de quelques maladies des yeux, 322, 367, 420 ; de la métrite puerpérale, 447 ; de la métro-péritonite puerpérale, 596 ; de la métrorrhagie, 278 ; des métrorrhagies de l'âge critique, 357 ; de la migraine par la méthode de Green, 236 ; des névralgies, 486 ; des névralgies par injections hypodermiques d'eau froide, 161, 111 ; de l'orchite, 137 ; de la péritonite par l'opium, 165 ; de la pneumonie, 169, 217 ; de la pustule maligne, 543 ; du rhumatisme articulaire aigu, 36, 344 ; du rhumatisme cérébral, 587 ; du rhumatisme musculaire, 486 ; de la scarlatine, 341 ; des sueurs nocturnes des phthisiques, 269 ; des taches pigmentaires de la peau, 392 ; du tænia, 403 ; de la toux 215
Traumatisme et amputation..... 271
Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice..... 566
Tumeur, cancéreuse des os du crâne, 463 ; cérébrale d'origine syphilitique, 429 ; du col utérin..... 226
Tumeurs abdominales, diagnostic des..... 591

Ulcères, chroniques, 62 ; syphilitiques pansés à l'iodoforme..... 543
Université, Laval, 411, 507 ; Montréal, Faculté de Médecine, 43, 192, 240, 303, 364, 506, 507 ; McGill, Faculté de Médecine..... 507
Urine, chimie médicale, l', 13, 58, 159, 254, 333, 426 ; réaction du sucre dans l', 544 ; désinfection de l'..... 600

Usage de l'acide salicylique en poudre..... 538
Uterus, prolapsus de l'..... 385
Uterus, tumeur du col de l'..... 226
Utilité, du chloroforme dans la réduction des luxations, 319; des injections d'éther dans la pneumonie adynamique..... 213

Vallée, Dr A., expertise médico-légale dans le procès Hayvern..... 11
Valvules du cœur, lésions des..... 49, 103
Variole aux Etats-Unis, la..... 88
Vaseline et acide borique, onguent de..... 543
Vermifuge contre le tænia..... 189
Viande crue dans la diarrhée chronique..... 473
Vie en Amérique, moyenne de la..... 461
Vieillards. éclampsie des..... 339
Vomissements incoercibles..... 473
Vulpian, démission de M..... 41

Warren, Dr J. H., bibliographie d'un ouvrage par..... 408
Winslow, empoisonnement par le sirop de Mme..... 401
Women's Hospital..... 94

Yeux, diagnostic et traitement des maladies des..... 322, 267 420

Collaborateurs au 11e volume de "L'Union Médicale du Canada."

Bernier, Dr P. H., St. Pie, Q.,
Brosseau, Dr A. T., Montréal,
Carrière, Dr P., Montréal,
Cléroux, Dr L. J. V., Montréal.
Cormier, M. Arthur, Montréal,
Desroches, Dr J. I., Montréal,
Desrosiers, Dr H. E., Montréal,
Fafard, Dr N., Montréal,
Filiatrault, Dr C. M., Montréal,
Foucher, Dr A. A., Montréal,
Gray, M. Henry R., Montréal,
Lachapelle, Dr Sév., St. Henri de Montréal,
Lamarche, Dr A., Montréal,
Laramée, Dr J. A., Montréal,
Lippé, Dr J., St. Ambroise de Kildare,
Marsil, Dr D., St. Eustache,
Prévost, Dr L. C., Ottawa.
Robillard, Dr J., Thurso, O.,
Sizer, Dr N. B. Brooklyn, N.Y.,
Vallée, Dr A., Québec.

2 gal
125 +